

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
(Direktion: Prof. Dr. J. E. Staehelin)

Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der

UNIVERSITÄT BASEL

vorgelegt von

Marianne Kinkelin

Romanshorn (Kt. Thurgau)

ZÜRICH 1953

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL

(Direktion: Prof. Dr. J. E. Staehelin)

Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der

UNIVERSITÄT BASEL

vorgelegt von

Marianne Kinkelin

Romanshorn (Kt. Thurgau)

ZÜRICH 1953

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. Dr. med. *J. E. Staehelin*

Tag der Promotion: 23. Januar 1953



Sonderdruck aus
SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE
Band 73

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	5
1. Häufigkeit des Vorkommens des Manisch-depressiven Irreseins	7
2. Häufigkeit des Manisch-depressiven Irreseins beim männlichen und weiblichen Geschlecht	8
3. Häufigkeit der verschiedenen Verlaufsformen	8
4. Häufigkeit der einfachen und der periodischen Erkrankungen	10
5. Häufigkeit der Kombination mit anderen psychischen Abnormitäten	10
6. Häufigkeit der hereditären Belastung	12
7. Die verschiedenen Körperbauformen	13
8. Die verschiedenen präpsychotischen Charaktere	14
9. Krankheitsbeginn und Lebensalter	16
10. Art des ersten Schubes und zukünftiger Krankheitsverlauf	18
11. Jahreszeiten und Phasenbeginn	18
12. Auslösende Momente	20
13. Die durchschnittliche Dauer einer manisch-depressiven Phase	22
14. Die überdurchschnittlich lange Dauer einer Phase und ihre möglichen Ursachen	24
15. Zunahme der Dauer späterer Phasen und ihre möglichen Ursachen	26
16. Beziehungen zwischen auslösendem Moment und Phasenlänge	28
17. Die durchschnittliche Dauer eines Intervalls und die Frage der Abnahme der Dauer späterer Intervalle	29
18. Die unterdurchschnittlich kurze Dauer eines Intervalls und ihre möglichen Ursachen	31
19. Beziehungen zwischen Länge des vorausgehenden Intervalls und Länge der nachfolgenden Phase	32
20. „Leichte“ und „schwere“ Phasen	32
21. Beziehungen zwischen Lebensalter des Patienten und Schwere der Phasen	34
22. Die frühbeginnenden Fälle	35
23. Die „schizophrenen“ Manisch-Depressiven	36
24. Die chronisch verlaufenden Fälle	38
25. Die Schwangerschafts- und postpartalen Depressionen	41
26. Die Prognose quoad vitam	42
27. Therapie und Prognose	44
28. Anhang: A. Mischzustände	49
B. Alternierendes Vorkommen von manisch-depressiven Phasen und rheumatischen Erkrankungen	49
Überblick	50
Literaturverzeichnis	50



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548223_0060

Verlauf und Prognose des Manisch-depressiven Irreseins

Von MARIANNE KINKELIN

Einleitung

Es gehört zum Wesen der sogenannten endogenen Erkrankungen, gleichviel ob sie sich auf körperlichem oder, wie beim Manisch-depressiven Irresein, vorwiegend auf psychischem Gebiete manifestieren, daß sie sich einer genauen Prognosestellung hartnäckig widersetzen. Solange die Pathogenese einer Krankheit nicht bekannt ist, bleibt die Vorhersage ihres Verlaufes eine unsichere Angelegenheit und erinnert an den Lösungsversuch einer mathematischen Gleichung mit zwei Unbekannten, von denen die eine, das große Pathogenese-X, vorläufig als unlösbar hingenommen werden muß.

Die vorliegende Studie stellt sich die Aufgabe, mit Hilfe der bekannten Größen in dieser Rechnung, wenigstens die kleinere „Unbekannte des Verlaufes“ beim Manisch-depressiven Irresein annähernd zu bestimmen.

Das Unternehmen ist nicht neu; es liegt eine nicht sehr große Anzahl ähnlicher Arbeiten vor. Daß sich ihre Resultate keineswegs immer decken, in vielem sogar widersprechen, ist, wenn man die Verschiedenheit der untersuchten Patienten bezüglich ihrer Lebenszeit im Zeitraum der letzten 80 Jahre, ihrer Rasse und ihres Lebensraumes, sowie die Mannigfaltigkeit der Untersuchungsmethoden und die leichten Unterschiede in der Fragestellung der Autoren bedenkt, nicht weiter verwunderlich. Aber auch bei Übereinstimmung aller eben genannten Verhältnisse wären die Ergebnisse kaum identisch. Die sogenannten bekannten Faktoren in unserer Rechnung, auf die wir uns bei der Lösung der Prognosefragen verlassen, wie z. B. das Alter des Patienten bei Krankheitsbeginn, seine hereditäre Belastung, sein Körperbau und Charakter usw., sind ja auch keine absolut gesicherten Größen: Ihre Bestimmung ist abhängig von der Wahrheitsliebe und der Güte des Gedächtnisses auskunftserteilender Angehöriger, sowie der Genauigkeit und Begriffsschärfe des untersuchenden Arztes.

Vergleichsschwierigkeiten und Unsicherheiten belasten somit von Anfang an das Problem. Wir sind ihnen durch Auswahl von Autoren mit möglichst gleicher Fragestellung und Ausschaltung vieler inkompletter Krankengeschichten, so gut es ging, aus dem Wege gegangen.

Unsere Ergebnisse stützen sich auf das Studium der Krankengeschichten aller Patienten, welche in den Jahren von 1920 bis 1947 wegen einer zum Kreise des Manisch-depressiven Irreseins gehörenden Störung in der psychiatrischen Universitätsklinik „Friedmatt“ in Basel behandelt wurden. Die Diagnosen lauteten auf „einfache“ Depression, „periodische“ Depression oder Manie, „zirkuläres Irresein“ (Psychose mit manischen und depressiven und eventuell kombinierten Phasen), „endogene Depression im Klimakterium“ und „Involutionsdepression“.¹⁾ Autonome Motilitätspsychosen, nach *Kleist* ebenfalls zum Manisch-depressiven Irresein gehörend, wurden in Basel früher nie diagnostiziert, später zu den sogenannten Dienzephalosen gerechnet. Neben den rein endogenen Fällen wurden auch Krankengeschichten berücksichtigt, wo neben der im Vordergrund stehenden endogenen Komponente eine Psychopathie, ein Intelligenzdefekt, ein neurotischer Überbau, ein wichtiges reaktives Moment, eine spätere schizophrene Färbung oder eine in hohem Alter hinzutretende psychoorganische Komponente vermerkt war.

Von den ursprünglich 226 Ersteintritten Manisch-Depressiver im Zeitraum dieser 27 Jahre mußten 80 wegen ungenügender Angaben in den Krankengeschichten oder wegen der Unmöglichkeit der Katamnesenerhebung bei im Ausland lebenden, z.T. verschollenen Patienten (Elsässer jüdischer Abstammung), ausgeschieden werden. Den Lebenslauf der verbleibenden 146 Patienten haben wir weiter verfolgt vom Moment ihres letzten Anstaltsaustrittes an bis zum Frühling 1948, resp. bis zu ihrem Tod. Von 20 Patienten reichen die Nachforschungen bis zum Frühjahr 1952. – Dazu war das ergänzende Studium von 75 Krankengeschichten unserer Patienten aus anderen psychiatrischen Kliniken notwendig. Außerdem haben wir mit jedem der 146 Patienten, bzw. bei Verstorbenen mit deren Angehörigen, entweder durch ausführliche Fragebogen oder durch persönliche Unterredung Kontakt genommen und so in jedem einzelnen Fall ein ziemlich lückenloses Bild des Krankheitsverlaufes erhalten.

Die Beobachtungszeit, d.h. die Zeitspanne vom Beginn der Erkrankung bis zum Abschluß der Nachforschungen, schwankte zwischen einem halben Jahr (bei Tod in der ersten Phase) und 72 Jahren (erste Phase mit 8 Jahren bei jetzt 80jährigem Patienten). Die durchschnittliche Beobachtungszeit beträgt 21,8 Jahre.

¹⁾ Es ist nicht allgemein üblich, die Involutionsdepressionen zum Manisch-depressiven Irresein zu rechnen. *Kraepelin* trennte sie zuerst vom Manisch-depressiven Irresein ab, um sie später aber wieder dem manisch-depressiven Kreise zuzuordnen. Verschiedene amerikanische Autoren (*Noyes* usw.) halten sie jetzt noch für eine selbständige Krankheit. *J.E. Stae-helin*, Direktor unserer Klinik, hält diejenigen Involutionsdepressionen für eine selbständige Krankheit, bei denen keine hereditäre Belastung mit Manisch-depressivem Irresein und keine manisch-depressiven Phasen vor der Involutionszeit zu beobachten sind.

Im Unterschied zu manchen anderen Untersuchern haben wir nicht nur die schweren, in der Klinik durchgemachten Phasen, sondern auch die leichten, nicht zur Hospitalisation führenden Depressionen und Manien, welche dem ersten Anstaltsaufenthalt vorausgingen oder sich zwischen zwei klinisch behandelte Phasen einschoben, mitberücksichtigt.

Bei der Bestimmung der Phasen- und Intervalldauer haben wir nicht auf die Hospitalisierungsdauer oder die Wiedererreichung der Arbeitsfähigkeit abgestellt, sondern auf die Angaben, von welchem Moment an der Patient subjektiv und objektiv seinen Habitualzustand wieder erreicht hatte, gleichviel ob er schon vorher seine Berufsarbeit wieder aufgenommen hatte oder nach dessen Erreichung aus irgendeinem Grunde noch weiterhin in der Klinik blieb. Es ging uns um die Ermittlung der Zeitdauer bis zur medizinischen, nicht nur bis zur sozialen Heilung.

Die uns interessierenden Fragen beantworten wir in 28 gesonderten Abschnitten. Um einen raschen Vergleich zwischen den Untersuchungsergebnissen anderer Autoren und den eigenen Resultaten zu ermöglichen, werden die auf die einzelnen Fragen Bezug nehmenden Literaturangaben jeweils am Anfang jedes Abschnittes referiert. Am Schlusse jedes Kapitels werden die eigenen Resultate kurz zusammengefaßt.

In den ersten 12 Kapiteln finden sich einige allgemeine Untersuchungsergebnisse: Kenntnisse betr. Existenz, Art und Häufigkeit des Vorkommens einer hereditären Belastung, verschiedener präpsychotischer Charaktere, phasenauslösender Momente und anderer Faktoren sind unerläßliche Voraussetzung, um nachher die Prognose der sich in diesen Punkten unterscheidenden Gruppen von manisch-depressiven Psychosen studieren und vergleichen zu können.

Es hätte aber den Rahmen dieser Arbeit weit überschritten und war nicht unser Ziel, auch diese, für unser spezielles Thema zwar wichtigen, aber uns nicht in erster Linie interessierenden Grundlagen erschöpfend zu behandeln. Die Literaturangaben in diesen ersten zwölf Abschnitten wurden deshalb auf das Notwendigste beschränkt und vieles bewußt außer acht gelassen.

1. Ist das Manisch-depressive Irresein eine häufige Erkrankung?

Literatur: Die Angaben der Autoren differieren in diesem Punkte stark, je nach der Rasse der untersuchten Bevölkerung und der engeren oder weiteren Fassung des Begriffes „Manisch-depressives Irresein“ durch den Autor. Nicht immer wird klar unterschieden, ob Total- oder Erstaufnahmen von Manisch-Depressiven gemeint sind. *Stransky* (Oesterreich) spricht von 10–15% Manisch-Depressiven, *Noyes* zitiert in seinem amerikanischen Lehrbuch für Psychiatrie Autoren, die 50%, andere, die nur 10% aller Klinikaufnahmen als Manisch-Depressive angeben.

Lundquist hat unter den Ersteinweisungen in einer schwedischen Klinik etwas mehr als 9% Manisch-Depressive gefunden. *Luxenburger* gibt 0,5% der Durchschnittsbevölkerung als manisch-depressiv an (Schizophrenie = 0,85% der Durchschnittsbevölkerung), betont aber die starken Häufigkeitsschwankungen je nach Ort; die Schweiz gehöre zu den von Manisch-depressivem Irresein schwach befallenen Ländern.

Eigene Untersuchungen: Aus den Statistiken über die Krankheitsbewegungen der Psychiatrischen Universitätsklinik „Friedmatt“ in Basel, lassen sich von den 12685 Aufnahmen in den Jahren 1920–1947 total 5,5% Aufnahmen und 2,9% Erstaufnahmen Manisch-Depressiver errechnen (etwa

sechsmal weniger als Schizophrene). Für unsere Arbeit haben wir die vor einigen Jahren nach sorgfältiger Durchsicht aller Krankengeschichten angelegte Kartotheke benutzt, welche sogar nur 226 Ersteintritte Manisch-Depressiver verzeichnet: Bei kritischer Beurteilung bleiben also nur noch 1,8% Manisch-depressive Ersteintritte.

Zusammenfassung: Das Manisch-depressive Irresein ist in der Gegend von Basel eine seltene Erkrankung. Sie macht nicht einmal 2% der Ersteintritte in der Psychiatrischen Klinik aus.

2. Ist das Manisch-depressive Irresein auch bei uns vorzugsweise eine Krankheit des weiblichen Geschlechts?

Literatur: Die Ansichten der meisten Autoren stimmen darin überein, daß das weibliche Geschlecht vom Manisch-depressiven Irresein wesentlich häufiger befallen werde. Als Erklärung dafür werden die längere Lebensdauer, die größere affektive Ansprechbarkeit der Frau und die weiblichen Generationsvorgänge mit ihrer oft anfallsauslösenden Rolle ins Feld geführt (*Stransky, Lange*). – Zahlenangaben machen *Lundquist*, welcher 60% Frauen, *Bleuler* und *Henderson*, welche etwa 70% und *Noyes*, der „zweimal so viel Frauen wie Männer“ unter den Manisch-Depressiven fand.

Eigene Untersuchungen: Unter unsern ursprünglich 226 Fällen fanden sich 103 Männer und 123 Frauen. Nach der Bevölkerungsstatistik von Basel ist das derzeitige Verhältnis von Männern zu Frauen = 100 zu 120, also genau gleich wie dasjenige unserer manisch-depressiven Männer zu den manisch-depressiven Frauen.

Bei uns wäre demnach die Häufigkeit des Manisch-depressiven Irreseins bei Männern und Frauen gleich groß. Wir glauben aber, daß unsere Rechnung einer Korrektur bedarf: Ein nicht zu unterschätzender Teil psychisch kranker Baslerinnen findet in der einzigen und nur für Frauen bestimmten Privatanstalt „Sonnenhalde“ auf baselstädtischem Boden Aufnahme, während den Basler Männern in weitem Umkreise nur die Universitätsklinik offensteht. Um ein richtiges Bild der Verhältnisse in Basel und Umgebung zu erhalten, müßten die manisch-depressiven Patientinnen dieser Privatanstalt zu den Friedmatt-Patientinnen hinzugerechnet werden. – Daß unter den zur schließlichen Bearbeitung gelangten 146 Fällen genau 73 Männer und 73 Frauen sind, ist zufällig und nicht von Bedeutung, indem unter den 80 wegen ungenügenden Angaben ausgeschiedenen Krankengeschichten sich viel mehr Frauen befinden.

Zusammenfassung: Laut unserem Klinikmaterial ist das Manisch-depressive Irresein in Basel bei Männern und Frauen gleich häufig, was aber nicht den wirklichen Verhältnissen entsprechen dürfte. Auch bei uns ist das weibliche Geschlecht wahrscheinlich häufiger befallen.

3. Wie verhält es sich mit der prozentualen Häufigkeit der verschiedenen Verlaufsformen beim Manisch-depressiven Irresein?

In der folgenden Liste sind nach den Ansichten verschiedener Autoren am Schluß unserer eigenen Resultate angeführt. Periodisch nennen wir nicht nur diejenigen Fälle, bei denen sich die Anfälle in gleichmäßigen, zeitlichen Abständen wiederholen, sondern

jeden Fall mit mehr als einer Attacke, unbekümmert um die Länge der dazwischenliegenden Intervalle.

Literatur	Einfache Depressionen	Periodische Depressionen	Einfache Manien	Periodische Manien	Einfaches zirkuläres Irresein	Periodisches zirkuläres Irresein
Stransky	„...selten in 1. Lebenshälfte, fast immer im Involutionalter auftretend...“	„...vollentwickelte periodische Depression sehr selten (1 Fall in 40 Jahren) leichte periodische Depression etwas häufiger...“	größte Seltenheit	häufiger (20 Fälle in 16 Jahren)	zahlenmäßig am wichtigsten! sozusagen nie einfach immer periodisch	
Müller	nicht ganz selten in Pubertät und Involution		sehr selten			„...die sehr häufigen rezidivierenden zirkulären Formen (beginnen in 70–80% mit einer Depression...)“
Bumke			selten (Vorkommen z. T. ganz bestritten)	Oft periodisch in Jugend, dann nach langem Intervall wieder periodisch		
	48,9%		9,6%		41,5%	
Rennie	40 Fälle = etwa 19,2%	102 Fälle = etwa 49%	3 Fälle = etwa 1,4%	14 Fälle = etwa 6,9%	49 Fälle = etw. 23,5%	
	68,2%		8,3%		23,5%	
Mauz	betont ebenfalls Seltenheit der einfachen Manien bei im übrigen ähnlicher Verteilung					
Eigene Untersuchungen	19 Fälle = 13%	70 Fälle = 48%	0 = 0%	6 Fälle = 4,1%	4 Fälle = 2,7%	47 Fälle = 32,2%
	61%		4,1%		34,9%	

Unsere Verhältnisse entsprechen am ehesten denjenigen von *Rennie*, außer daß wir noch weniger rein manische Erkrankungen, dafür verhältnismäßig mehr zirkuläre Fälle zu verzeichnen haben.

Ein Vergleich der Gesamtzahl aller depressiven Attacken (= 767) mit der Gesamtzahl aller manischen Anfälle (= 357), die unsere 146 Patienten in 27 Jahren durchgemacht haben, bestätigt das weite Überwiegen der depressiv gefärbten Phasen beim Manisch-depressiven Irresein.

Zusammenfassung:

1. Die periodische Depression ist bei uns die häufigste Form des Manisch-depressiven Irreseins.
2. Nicht ganz zwei Drittel aller manisch-depressiven Patienten machen nur depressive Phasen durch, rund ein Drittel leidet neben depressiven auch an manischen Attacken, und eine kleine Anzahl von nur etwa 4% erkrankt ausschließlich an wiederholten manischen Phasen. Fälle von einfacher Manie existieren in unserem Material überhaupt nicht.
3. Gesamthaft gesehen sind die depressiven Phasen beim Manisch-depressiven Irresein mehr als doppelt so häufig wie die manischen Phasen.

4. Wie häufig sind einfache, wie häufig periodische Erkrankungen beim Manisch-depressiven Irresein?

Literatur: Die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung manisch-depressiver Phasen wird von *Lange* mit 88%, von *Rehm* (zitiert durch Lundquist) mit 61%, von *Pollock* mit 44% und *Fuller* mit 33% angegeben.

Unsere Berechnung kommt derjenigen von *Lange* am nächsten: 15,7% unserer Patienten (13% einfache Depressionen und 2,7% einfache zirkuläre Verläufe) erleben nur eine depressive oder zirkuläre Attacke, während der große Rest von 84,3% im Verlaufe ihres Lebens weitere (bis maximal 33!) manische oder depressive Schübe durchmacht. 21,8% aller Patienten erlebten mehr als 8 Krankheitsphasen in ihrem Leben. –

Daß in unserem Material im Vergleich zu demjenigen der amerikanischen Autoren so wenig einfache Erkrankungen vorkommen, hat seinen Grund offenbar darin, daß wir auch die ambulant durchgemachten Phasen mitberücksichtigt haben und über eine relativ lange durchschnittliche Beobachtungszeit verfügen.

5. Wie häufig ist das Manisch-depressive Irresein mit anderen psychischen Abnormitäten konstitutioneller oder erworbener Natur verbunden?

Literatur: Die Möglichkeit der Kombination des Manisch-depressiven Irreseins mit anderen psychischen Störungen wird oft beschrieben, genaue Zahlenangaben finden sich nur in wenigen Arbeiten.

Bondarew (Rußland) beschreibt 10 Manisch-Depressive, die gleichzeitig mit einer Epilepsie behaftet waren: Interessanterweise bildete sich bei keinem dieser Patienten eine epileptische Demenz aus. Wahrscheinlich handelt es sich bei diesen Fällen nicht um eine Kombination von genuiner Epilepsie und Manisch-depressivem Irresein, sondern um epileptische Affektpsychosen, zumal unseres Wissens andere Autoren, wie auch wir, gleichzeitiges Vorliegen dieser beiden Psychosen nie nachweisen konnten.

Schließlichen Ausgang einer ursprünglich manisch-depressiven Psychose in eine Schizophrenie fand *Rennie* in 3%, *Lundquist* in 7% und *Poort* in 8,5% ihrer Manisch-Depressiven.

Bei Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Intelligenzgrad und Manisch-depressivem Irresein errechnete *Duncan* unter 287 Manisch-Depressiven 54% normal Intelligente, 22% „Dumme“ (engl. dull, d.h. nicht meßbare Unternormale, 24% (!) ausgesprochen Oligophrene, und macht interessante Angaben über Verlaufsunterschiede des Manisch-depressiven Irreseins bei Oligophrenen (mehr manische als depressive Phasen, mehr Rückfälle und häufigerer Krankheitsbeginn vor dem 30. Lebensjahr als bei Normalintelligenten).

Bleuler und *Slater* betonen beide die gute Begabung der Manisch-Depressiven und ihr häufigeres Vorkommen in intellektuell und sozial höheren Schichten. In der Verwandtschaft Oligophrener sei das Manisch-depressive Irresein weit seltener als in der Durchschnittsbevölkerung (*Slater*).

Eigene Untersuchungen: Bei unsern 146 Fällen fanden wir das Manisch-depressive Irresein in Kombination mit

Oligophrenie	in 4 Fällen = 2,7%
Psychopathie	in 35 Fällen = 23,9%
Neurose	in 10 Fällen = 6,8%
Epilepsie	in 0 Fällen = 0 %
Schizophrenen Symptomen	in 21 Fällen = 14,3%
Organ. Psychosyndrom	in 19 Fällen = 13 %

Vereinzelt waren verschiedene dieser Störungen zusammen beim selben Patienten anzutreffen, z.B. Oligophrenie und Psychopathie, Neurose und Psychopathie, Psychopathie und schizophrene Symptome usw. Folgende Psychopathiefornen wurden unterschieden: 10 schizoide, 8 zyклоide, 1 heboider, 1 submanischer, 3 reizbare, 2 hysterische, 1 willensschwacher, 1 stimungslabiler, 3 infantil-sensitive, 2 asthenisch-sensitive, 1 geltungssüchtig-sensitiver, 2 asthenische Psychopathen. Bei allen Fällen mit organischem Psychosyndrom gingen rein endogene, nicht durch organische Züge komplizierte Schübe voraus. Auch die 21 in späteren Phasen mit schizophrenen Symptomen belasteten Fälle wirkten im ersten oder in den ersten Schüben rein manisch-depressiv. 7 davon (= 4,8%) endigten schließlich in einem schizophrenen Defektzustand. (Nähere Angaben über die „Schizophrenen Manisch-Depressiven“ siehe 23. Kapitel.)

Zusammenfassung: Bei einem Siebentel aller Manisch-Depressiven zeigen sich über kurz oder lang schizophrene Symptome. Ausgang in Defekt-

schizophrenie ist aber in Basel mit 4,8% nicht häufiger als anderswo (3%, 7%, 8,5%,). Die Oligophrenen sind auch in unserem Material selten; Epileptiker verzeichneten wir keine.

6. Wie häufig sind Manisch-Depressive hereditär belastet?

Literatur: Das Bestehen einer hereditären Komponente beim Manisch-depressiven Irresein ist eine unumstrittene Tatsache. Nach *Luxenburger* müssen dominante und rezessive Faktoren angenommen werden. Zum Erbkreis der Zykllothymie gehören außer den in dieser Arbeit untersuchten manisch-depressiven Psychosen auch die Zyklopathien (hypomanische und hypodepressive Psychopathen) und die noch dem Normbereich zugezählten zykllothymen Temperamente (die Syntonen, die Hyperthymiker und die Hypothymiker). Die Zyklopathien und zykllothymen Temperamente sind wahrscheinlich der Ausdruck von Teilanlagen, die vollentwickelte manisch-depressive Psychose hingegen der Phänotypus des ganzen zykllothymen Genotypus.

Angaben über die hereditäre Belastung manisch-depressiver Psychotiker werden stark variieren, je nachdem, ob der Autor nur die endogenen Psychosen oder auch die entsprechenden Psychopathien und Temperamente in der Verwandtschaft als Belastung betrachtet.

Nach *Lange* ist bei 60% aller Manisch-Depressiven eine familiäre Belastung mit echten Psychosen und zum gleichen Erbkreis gehörenden Temperamenten nachweisbar. *Rüdin* fand in der Verwandtschaft Depressiver das Manisch-depressive Irresein 25mal häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung. *Rennie* gibt von seinen 208 untersuchten Manisch-Depressiven 132, also rund 63% als belastet an, ohne genauere Angaben über die Art der Belastung zu machen.

Eigene Untersuchungen: Wir bezeichnen einen Patienten als hereditär belastet, wenn in seiner engeren Verwandtschaft, d.h. bei Eltern, Großeltern, Onkeln, Tanten oder Geschwistern eine manisch-depressive Psychose, ein Suizid (auch ohne genaue Angaben über die Art der zugrunde liegenden Depression), eine Schizophrenie oder eine Zyklopathie vorkommen. Nicht wenige Patienten waren schwer und schwerstbelastet mit 3–7 kranken oder charakterlich abnormen Familienangehörigen. – Belastung mit Oligophrenie, Epilepsie, familiärer Migräne und organischen Psychosen, wurde nicht berücksichtigt.

In obigem Sinne belastet fanden sich 82 Pat. = 56,1%,
 unbelastet fanden sich 49 Pat. = 33,5%,
 fraglich belastet fanden sich 15 Pat. = 10,4%.

Die fraglich Belasteten hatten Depressionen in ihrer Verwandtschaft angegeben, ohne daß deren endogene Natur klinisch bestätigt war.

Eine Untersuchung über die Häufigkeit der hereditären Belastung bei den verschiedenen Verlaufsformen und bei der Gruppe Manisch-Depressiver mit teilweise schizophrener Symptomatik ergab folgendes Bild:

Verlaufsform	Anzahl der Patienten	davon belastet	davon unbelastet	davon fraglich belastet
einfache und periodische Depressionen.	89	40,5%	50,5%	9%
Zirkuläre Fälle.	51	68,6%	17,7%	13,7%
periodische Manien.	6	2 Pat.	4 Pat.	—
periodische Depressionen und zirkuläre Fälle mit schizophr. Symptomatik	21	85,6%	9,6%	4,8%

Mit sicherer Schizophrenie belastet sind von der Gesamtzahl der 146 Fälle 20 Patienten = 13,7%, von den 21 Fällen mit schizophrenen Symptomen 7 Patienten = 33 1/3%.

Zusammenfassung:

1. 55% oder, wenn die fraglich belasteten Fälle hinzugerechnet werden, 65%, also fast $\frac{2}{3}$ aller Manisch-Depressiven, sind mit einer manisch-depressiven Psychose, einem Suizid, einer Schizophrenie oder einer Zyktopathie hereditär belastet. $\frac{1}{3}$ der Manisch-Depressiven zeigt keine Belastung.
2. Die zirkulär verlaufenden Fälle sind wesentlich häufiger erblich belastet (etwa 70–80%), als die einfachen und periodischen Depressionen (etwa 40–50%). Von den periodischen Manien können wegen zu kleiner Anzahl keine prozentualen Angaben gemacht werden, immerhin erscheint erwähnenswert, daß 4 von 6 an periodischer Manie Leidenden keine erbliche Belastung aufwiesen.
3. Am häufigsten, d.h. in 85–90% der Fälle belastet sind die Manisch-Depressiven mit zeitweiser schizophrener Symptomatik und teilweisem Ausgang in richtige Schizophrenie. $\frac{1}{3}$ dieser Fälle hat eine Belastung mit Schizophrenie, während von der Gesamtzahl der Manisch-Depressiven nur $\frac{1}{7}$ mit Schizophrenie belastet ist.

Bei einem im ersten Krankheitsschub eindeutig Manisch-Depressiven besteht also, sofern er eine hereditäre Belastung mit Schizophrenie aufweist, erhöhte Gefahr, in einem späteren Schub selbst schizophrene Symptome zu entwickeln oder sogar – in $\frac{1}{3}$ dieser Fälle – echt schizophren zu werden.

7. Welchen Körperbau zeigen die Manisch-Depressiven?

Literatur: *Luxenburger* zitiert eine Arbeit aus der Schule Kretschmers, worin unter den Manisch-Depressiven 64,6% Pykniker, 19,2% Leptosomen, 6,7% Athleten, 1,1% Dysplastiker und 8,4% Uncharakteristische gezählt werden. Auch *Lange* und

Müller erwähnen die hohe Affinität der Manisch-Depressiven zum pyknischen Körperbau, *Mauz* hat, ohne prozentuale Angaben über die Verteilung zu machen, den Einfluß von Körperbau und präpsychotischem Charakter auf Verlauf und Prognose eingehend beschrieben und dabei das Vorherrschen der pyknisch-zyklothymen Konstitution gegenüber anderen Konstitutionen bei prognostisch günstigen Fällen des Manisch-depressiven Irreseins nachgewiesen.

Eigene Untersuchungen: Von unseren 146 Krankengeschichten waren 29 ohne Angaben über den Körperbau. Bei den restlichen 117 Fällen fanden wir folgende Verteilung:

Pykniker	62	=	53%
Leptosomen	26	=	22,2%
Athleten	4	=	3,4%
Mischtypen	25	=	21,4%

Unter den 25 Mischtypen befanden sich 17 mit stark pyknischem Einschlag.

Jede Verlaufsform für sich betrachtet zeigt die verschiedenen Typen in folgender Verteilung:

Verlaufsform	Anzahl der zu verwertenden Fälle	pyknisch	leptosom	athletisch	Mischtypen
einfache und periodische Depressionen	72	47,2%	27,8%	1,4%	23,6%
zirkuläre Fälle	42	61,9%	14,3%	7,1%	16,7%
period. Manien	3	2 Pat.	—	—	1 Pat.

Zusammenfassung:

1. Der pyknische Körperbau herrscht beim Manisch-Depressiven vor. Wir fanden ihn in mehr als 50% aller Fälle.
2. Bei den zirkulären Fällen ist der pyknische Körperbau relativ häufiger als bei den einfachen und periodischen Depressionen.

8. Welches ist der am häufigsten angetroffene präpsychotische Charakter des Manisch-Depressiven?

Literatur: *Kretschmers* grundlegende und feinsinnige Beschreibung des für den Manisch-Depressiven charakteristischen zykliden Temperamentes setzen wir als bekannt voraus und resümieren nur in aller Kürze das Wichtigste: Die Manisch-Depressiven sind einfache, auf die Umwelt eingestellte Menschen. Ihre allgemeinen Temperamentsmerkmale lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. gesellig, gutherzig, freundlich, gemütlich
2. heiter, humorvoll, lebhaft, witzig
3. still, ruhig, schwernehmend, weich,

– wobei die „diathetische Proportion“, d.h. das gemischte Temperament, z.B. die Still-Schwernehmerischen mit zeitweisigem Humor oder die Hyperthymiker, die sehr ernst werden können, besonders typisch ist.

Mauz, Müller, Rennie, Noyes machen keine genauen Angaben über die Häufigkeit der verschiedenen Charaktertypen, betonen aber alle, daß die zylothyme Wesensart, resp. bei *Rennie* die „outgoing, syntropic personality“, bessere Prognose habe als die schizoiden (*Mauz*), „egotropic“ (*Rennie*), „abwehrenden, von Unsicherheit erfüllten“ (*Noyes*) Typen.

Eigene Untersuchungen: Wir haben unsere Patienten bezüglich des präpsychotischen Charakters in drei Gruppen eingeteilt:

Zur Gruppe A zählten wir erstens Psychopathen mit der näheren Bezeichnung „selbstunsicher-sensitiv, infantil-sensitiv, empfindsam-geltungssüchtig, sensitiv-asthenisch, asthenisch, schizoid, schizoid-schwerblütig oder schizoid-homosexuell“, und zweitens Normale, die als „empfindsam, weich, gewissenhaft, ängstlich, schwernehmerisch, selbstunsicher, rücksichtsvoll, verschlossen-undurchsichtig“ beschrieben wurden – also alles seelisch leicht verletzliche, gefühlsverhaltene, oft selbstunsichere, ernstgewissenhafte, wenig gesellige, auf die Außenwelt vorwiegend depressiv und nachhaltig reagierende, zur Verinnerlichung neigende Typen, wobei sich Psychopathen und Normale nur graduell unterscheiden.

Zur Gruppe B zählten wir erstens Psychopathen der Kategorien „reizbar, reizbar-despotisch, hypomanisch oder zyklisch“ und zweitens Normale, die als „gesellschaftlich, verschwenderisch, heftig, selbstherrlich, draufgängerisch-rücksichtslos, fröhlich-gesellig, grob-reizbar, temperamentvoll-jähzornig“ charakterisiert wurden. Die Gruppe B umfaßt im großen ganzen die aufgeschlossenen, ihre Gefühle frei äußernden, z.T. reizbaren, expansiven, geselligen, nach außen gewendeten Typen.

Zur Gruppe C rechneten wir alle diejenigen Patienten, in deren Charakterbeschreibung weder die Sensitivität und Zurückgezogenheit der Gruppe A noch die Robustheit und Aufgeschlossenheit der Gruppe B betont wurde, sondern lediglich von „Ruhe, Optimismus, Tüchtigkeit, Fröhlichkeit und glücklicher Wesensart“ die Rede ist. Die Gruppe C umfaßt demnach die gemütlich-ausgeglichene, syntonen Typen.

Wie jede andere Typeneinteilung ist auch die vorstehende unbefriedigend, da sie dem Einzelfall nie ganz gerecht werden kann. Es verlockte uns aber, das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den verschiedenen Typen abzuklären, nachdem uns bei der Durchsicht der Krankengeschichten das sehr häufige Vorkommen der A-Typen aufgefallen war.

Von unsern 146 Fällen waren 11 in bezug auf den präpsychotischen Charakter nicht verwertbar. Die restlichen 135 Fälle zeigten folgende Verteilung:

Verlaufsform	Anzahl der Fälle	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C
einfache und periodische Depressionen.	83	62,6%	21,7%	15,7%
zirkulärer Verlauf	46	48%	30,3%	21,7%
periodische Manien	6	3 Pat.	1 Pat.	2 Pat.
Total	135	57%	24,4%	18,6%

Zusammenfassung: In allen Verlaufsformen überwiegen die zur Gruppe A gehörenden präpsychotischen Charaktere; besonders groß, nämlich über 60% ist die Anzahl der A-Typen bei den einfachen und periodischen Depressionen.

9. In welchem Alter beginnt das Manisch-depressive Irresein, und in welchem Alter erfolgt die erste Hospitalisierung?

Literatur: *Lange* schreibt unter „Pathoplastische Gestaltungen allgemeiner Art“, daß das Manisch-depressive Irresein in der Kindheit selten sei, daß sich aber wohl häufig unter dem Bild einer körperlichen Erkrankung oder unbestimmter Müdigkeit eine Depression und hinter Streichen, Frechsein und Diebstählen bei späteren manisch-depressiven Patienten eine manische Phase verstecke. Bei den nicht seltenen, in der Pubertät ausbrechenden Fällen seien katatone Erscheinungen häufig, was zu Verwechslungen mit Schizophrenie führe. – Die große Mehrzahl der Erkrankungen beginne vor dem 30., ein Fünftel sogar vor dem 20. Lebensjahr. Ein Viertel setze erst nach 40 ein.

Nach *Kraepelin* (zit. durch *Lange*) werden Frauen besonders häufig bis zum und im Pubertätsalter, sodann zwischen dem 25. und 30. Jahr und in der Klimax krank.

Stransky erwähnt ebenfalls die große Seltenheit des Manisch-depressiven Irreseins in der Kindheit. Prädilektionszeiten seien Pubertät und Nachpubertät, Gravidität, Puerperium, Laktation und Involutionalter.

Bach nennt *Morceau* als ersten Beschreiber des im Kindes- und Jugendalter sehr seltenen Manisch-depressiven Irreseins. Auffallend sei die Inhaltsarmut und Ausdrucksschwäche in der Symptomatik, was der noch unausgeprägten psychischen Modellierung des Kindes entspreche. In der Pubertät hingegen sei die ungeheure Stimmungs labilität und das katatone Beiwerk typisch. *Rennie* fand, daß der größte Prozentsatz der manisch-depressiven Psychosen, d. h. etwa $\frac{5}{6}$ zwischen dem 20. und 55. Jahre einsetze. Nach *Noyes* beginnen die meisten Manien zwischen dem 15. und 25. Jahr, die meisten Depressionen zehn Jahre später, zwischen dem 25. und 35. Jahr. *Poort* hat festgestellt, daß von ihren 14 einfachen Melancholien keine vor dem 27. Lebensjahr begann, daß also eine Depression vor dem 27. Lebensjahr nie die einzige bleibe.

Eigene Untersuchungen: Die erste manisch-depressive Attacke begann bei unseren Patienten:

zwischen dem	0. bis und mit	10. Lebensjahr in	2 Fällen =	1,4%
„	„	11. „ „ „	20. „ „	15 „ = 10,3%
„	„	21. „ „ „	30. „ „	35 „ = 23,9%
„	„	31. „ „ „	40. „ „	39 „ = 26,7%
„	„	41. „ „ „	50. „ „	38 „ = 26%
„	„	51. „ „ „	60. „ „	15 „ = 10,3%
„	„	61. „ „ „	70. „ „	2 „ = 1,4%

Wenn wir die verschiedenen Verlaufsformen gesondert betrachten, so ist auffällig, daß von den 19 einfachen Depressionen keine vor dem 30. Lebensjahr beginnt, von den 70 periodischen Depressionen nur 5, d. h. 7% vor dem 20. Lebensjahr, die große Mehrheit aber – wie die Gesamtheit aller Patienten – zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr erstmals erkranken, von den 51 zirkulären Fällen 12, d. h. 23,5%, oder dreimal so viel wie bei den periodischen Depressionen vor dem 20. Lebensjahr erkranken. Von den 6 periodischen Manien beginnt die Hälfte zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, die drei andern verteilen sich regelmäßig auf das 3., 5. und 6. Lebensjahrzehnt.

Erstmals hospitalisiert wurden von unsern Patienten

zwischen dem	0. bis und mit	10. Lebensjahr	0 Pat.
„	„	11. „ „ „	20. „ „
„	„	21. „ „ „	30. „ „
„	„	31. „ „ „	40. „ „
„	„	41. „ „ „	50. „ „
„	„	51. „ „ „	60. „ „
„	„	61. „ „ „	70. „ „
„	„	71. „ „ „	80. „ „

Die erste Hospitalisierung erfolgt bei periodischen Fällen sehr häufig nicht schon in der ersten, sondern erst in einer späteren Phase.

Zusammenfassung:

1. $\frac{3}{4}$ aller Manisch-Depressiven erkrankt erstmals zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr und etwa je $\frac{1}{8}$ vor dem 20. und nach dem 50. Lebensjahr.
2. Die zirkulären Fälle erkranken viel häufiger vor dem 20. Lebensjahr als die periodischen Depressionen und die periodischen Manien. – Beginn vor dem 20. Lebensjahr läßt also mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit einen zirkulären Verlauf erwarten.
3. Einfache Depressionen beginnen nie vor dem 30. Lebensjahr. – Bei Depressionen vor dem 30. Lebensjahr ist also mit großer Wahrscheinlichkeit ein periodischer Verlauf zu erwarten.
4. Ersterkrankungen und erste Hospitalisierung fallen zeitlich nicht immer zusammen. Die erste Hospitalisierung erfolgt durchschnittlich 10 Jahre nach der Ersterkrankung.

10. Sagt die Färbung der ersten Phase etwas aus über den zukünftigen Krankheitsverlauf?

Literatur: *Müller* schreibt, wenn der erste Anfall eine Manie sei, werde er – im Hinblick auf die große Seltenheit der einfachen Manien – nicht der letzte sein. Sei der erste Anfall aber eine Depression, so könne er bei dem nicht ganz seltenen Vorkommen einfacher Depressionen wohl der einzige bleiben.

Eigene Untersuchungen: Von der Gesamtheit unserer 146 Fälle begannen

125 Fälle oder $\frac{6}{7}$ mit einer Depression

21 Fälle oder $\frac{1}{7}$ mit einer Manie.

Von den 125 Fällen, die mit einer Depression begannen, blieben

19 Fälle oder 15,2% von weiteren Schüben verschont,

70 Fälle oder 56% machten weiterhin ausschließlich Depressionen durch und

36 Fälle oder 28,8% erkrankten später auch noch an manischen Phasen.

Von den 21 Fällen¹⁾, die mit einer Manie begannen, machten

6 Fälle oder 28,5% weiterhin ausschließlich manische Attacken durch und

15 Fälle oder 71,5% erkrankten später auch noch an depressiven Phasen.

Zusammenfassung:

1. Wenn der erste Anfall beim Manisch-depressiven Irresein eine Manie ist, so kommt es in der Zukunft mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 30% zu periodisch manischem Verlauf, mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 70% zu zirkulärem Verlauf. Auch in unserem Material blieb ein manischer Schub nie vereinzelt.
2. Wenn der erste Schub beim Manisch-depressiven Irresein eine Depression ist, so belaufen sich die Chancen für zukünftigen periodisch depressiven Verlauf auf 50–60%, für zukünftig zirkulären Verlauf auf etwa 30%. In etwa 15% bleibt die erste Depression die einzige Krankheitsphase.

Beginn des Manisch-depressiven Irreseins mit einer manischen Attacke ist also richtungsprognostisch ungünstiger als Beginn mit einer Depression.

11. Bevorzugen die manisch-depressiven Phasen für ihren Beginn eine der vier Jahreszeiten?

Literatur: Nach *Lange* fällt die manische Phase sehr oft in den Sommer. Bei chronisch zirkulärem Verlauf üben die Jahreszeiten angeblich keinen konstanten

¹⁾ Kleine Anzahl von Fällen!

gleichsinnigen Einfluß aus. Oft ändere zwar die Phase im Frühling und im Herbst, es gebe aber auch Fälle mit 2 Zirkeln pro Jahr.

Slater fand zwei Frequenzgipfel für das Einsetzen manisch-depressiver Phasen: einen größeren im Frühsommer (Mai), einen zweiten kleineren im Frühherbst (Sept.). Das Verhalten von Manien und Depressionen wurde nicht gesondert untersucht. Bei einzelnen Manisch-Depressiven bestehe erhöhte Neigung, jeweils in der gleichen Jahreszeit zu erkranken: „...Jeder Patient hat seinen eigenen Rhythmus, seinen eigenen Mittelwert des Abstandes zwischen den Erkrankungen. Er hat die Tendenz, eine bestimmte Zeit nach der Erkrankung wieder zu erkranken...“.

Eigene Untersuchungen: Wir haben den jahreszeitlichen Beginn der depressiven und der manischen Attacken bei den verschiedenen Verlaufsformen gesondert untersucht und dabei folgende Verteilung gefunden:

Verlaufsform	Art und Anzahl der Attacken	Beginn der Phase im				ohne genaue Angabe
		Frühling (März/Mai)	Sommer (Juni/Aug.)	Herbst (Sept./Nov.)	Winter (Dez./Feb.)	
einf. Depr. period. Depr.	Depr. 19 Depr. 424	8 82	2 55	5 92	2 46	2 151
Total		90	57	97	48	153
zirkuläre Fälle	Depr. 319 Man. 323	51 48	49 74	38 42	49 44	132 115
periodische Manien	Man. 31	15	5	8	3	3

Wenn wir die Fälle mit wenigen, d.h. 1–6 Phasen pro Leben, und diejenigen mit vielen, d.h. 7–33 Phasen pro Leben, getrennt untersuchen, so zeigt sich, daß die typischen Frühlings- und Herbst-Gipfel, resp. der Sommergipfel zwar schon durch die erste Gruppe angedeutet, daß sie aber hauptsächlich durch die zahlenmäßig kleinere, zweite Gruppe gebildet werden: Es sind also weniger die vereinzelt in einem Leben auftretenden schweren Schübe, als vielmehr die leichteren, häufig, eventuell jährlich sich einstellenden, manisch-depressiven Phasen, welche eine bestimmte Jahreszeit für ihren Beginn bevorzugen.

Einen großen Teil der Phasen konnten wir für diese Untersuchung nicht berücksichtigen, da die Angaben „jedes Jahr eine zirkuläre Phase“ oder „jährlich eine leichte Depression“... oder „alle Jahre eine mehrwöchige Depression“ in bezug auf den jahreszeitlichen Beginn zu ungenau waren. Immerhin lassen diese Angaben auf regelmäßige Wiederholung der Phasen und den von Slater erwähnten individuellen Rhythmus im Krankheitsgeschehen gewisser Patienten schließen.

Zusammenfassung:

1. Die Depressionen bei einfach- und periodisch-depressivem Verlauf bevorzugen für ihren Beginn den Frühling und den Herbst. – Dasselbe scheinen auch die Manien bei periodisch-manischem Verlauf zu tun. (Zu kleine Zahlen!)
- Die manischen Phasen der zirkulären Fälle hingegen haben die Tendenz, im Sommer einzusetzen. Keine besondere Affinität zu irgendeiner Jahreszeit zeigen die depressiven Phasen bei den zirkulären Fällen.
2. Es sind vor allem die leichteren, sich häufig, eventuell jährlich wiederholenden manisch-depressiven Phasen, die diesen typischen jahreszeitlichen Beginn aufweisen.

12. Wie häufig spielen exogene Momente eine auslösende Rolle beim Ausbruch einer manischen oder depressiven Phase?

Literatur: Alle Autoren sind sich darin einig, daß wegen der relativ geringen Durchschlagskraft des hereditären, pathogenen Faktors bei einem gewissen Prozentsatz der manisch-depressiven Phasen exogene Faktoren eine auslösende Rolle spielen müssen. Über die Art der wirksamen Momente, d.h. ob es sich vorwiegend um psychische oder somatische Faktoren handle und über die Häufigkeit ihrer Intervention, gehen die Ansichten stark auseinander, je nach der mehr psychischen oder somatischen Orientierung des Untersuchers und nach seiner engeren oder weiteren Fassung des Begriffes der manisch-depressiven Erkrankung. *Lange* erwähnt, als Beweis für die Unerläßlichkeit exogener Momente zur Auslösung gewisser manisch-depressiver Phasen, die Forschung an eineiigen Zwillingen, wo nur der eine – unter dem Einfluß des exogenen Momentes – erkrankte, beim andern aber, mit derselben endogenen Veranlagung, die Krankheit wegen Fehlens des auslösenden Faktors nicht zum Ausbruch kam.

Die psychogenen auslösenden Momente sind nach *Lange* bei Frauen dreimal so häufig wie bei Männern. *Bleuler* glaubt, daß etwa zehn Prozent aller manisch-depressiven Phasen psychogen ausgelöst werden. *Müller* erinnert an den schicksalsmäßigen Verlauf der Krankheit, betont aber die Möglichkeit der prophylaktischen Einflußnahme auf gewisse körperliche Vorgänge, wie Gefäß-, Infektionskrankheiten und Generationsvorgänge, welche häufig auslösende Wirkung haben. Nach *Mauz* sind die Generationsvorgänge für die charakterlich und körperbaulich atypischen Manisch-Depressiven häufiger ein schubauslösendes Moment als für die typischen, pyknisch-zyklothymen Manisch-Depressiven. *Wyrsch* hat in eigenen Untersuchungen gefunden, daß die exogenen Faktoren bei den echten zirkulären Psychosen, der Kerngruppe des Manisch-depressiven Irreseins, am seltensten sind und bei periodischen Depressionen, Involutionsmelancholien und spätkatatonen depressiven Krankheitsbildern, also je weiter man sich von der Kerngruppe entfernt, immer häufiger werden.

Zahlenangaben machen die Amerikaner und Engländer: Nach *Rennie* kommen auslösende Momente in 80% der manisch-depressiven Attacken vor, in 20% erfolge der Anfall aus heiterem Himmel. Nach *Henderson* wird ein großer Prozentsatz der Involutionsmelancholien, die dieser Autor vom Manisch-depressiven Irresein abtrennt, durch exogene Faktoren ausgelöst, und zwar zum großen Teil durch psychische (bei 57% der Frauen, 70% der Männer) und zum kleinen Teil durch somatische Faktoren (bei 21% der Frauen, 6% der Männer). *Noyes* ist der Ansicht, daß bei $\frac{4}{5}$ aller Manisch-Depressiven eine gestörte Lebenssituation bestehe, daß also der psychogene Faktor für den Ausbruch der Krankheit von großer Wichtigkeit sei.

Eigene Untersuchungen: Von unseren 146 Patienten haben:

105 Patienten = 72% für mindestens eine ihrer manisch-depressiven Phasen ein auslösendes Moment angegeben.

41 Patienten = 28% haben für keinen ihrer Schübe ein äußeres Moment mitverantwortlich gemacht.

Wenn man nicht die einzelnen Patienten, sondern jeden einzelnen Schub auf die eventuelle Mitwirkung eines exogenen Momentes hin untersucht, so findet man, daß

201 oder 26,2% aller depressiven Phasen und

25 oder 7% aller manischen Phasen

durch einen exogenen Faktor ausgelöst wurden.

Wir haben die insgesamt 226 ihrer Art nach recht verschiedenen auslösenden Momente, welche von den Patienten angegeben wurden, in 7 Gruppen eingeteilt und untersucht, welche dieser Gruppen am häufigsten schub-auslösende Wirkung hat und welche vorzugsweise Depressionen, welche vor allem Manien provoziert.

Art des auslösenden Momentes	Anzahl d. ausgelösten	
	Depress.	Manien
I. Gr. Persönliche Kränkung, Beeinträchtigung des Selbstbewußtseins infolge wirklicher oder vermeintlicher Zurücksetzung im Beruf, Vernachlässigung durch Ehepartner oder Liebhaber, Reibereien mit Verwandten oder Kollegen	37	1
II. Gr. Länger dauernde, berechnigte, persönliche Sorgen finanzieller Natur oder um Angehörige	47	8
III. Gr. Verschiedene andere psychogen wirksame Momente, wie Heimweh, plötzlicher Schreck usw.	10	3
IV. Gr. Plötzlich stark erhöhte körperliche und psychische Beanspruchung infolge Wohnungswechsels, Wechsels im Berufsleben, strengen Militärdienstes usw.	42	4
V. Gr. Akute körperliche Erkrankung, Unfall, Exazerbation einer chronischen Krankheit	47	9
VI. Gr. Schwangerschaft, Puerperium, Laktation	10	0
VII. Gr. Hormonale Umstellung in Pubertät oder Klimax	8	0
Total	201	25

In Gruppe I, II und III sind durch psychogene Momente ausgelöste Phasen zusammengefaßt. Rund 47% der ausgelösten Depressionen und 48% der ausgelösten Manien gehören in diese Gruppen. Die Gruppe IV umfaßt Phasen, die durch ein Psyche und Körper gleichzeitig belastendes Ereignis ausgelöst wurden. Rund 21% der ausgelösten Depressionen und

16 % der ausgelösten Manien gehören hierher. Die Gruppen V, VI und VII umfassen vorwiegend somatogen ausgelöste Phasen. Rund 33 % der ausgelösten Depressionen und 36 % der ausgelösten Manien gehören dazu.

Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, daß es kein exogenes Moment gibt, welches speziell Depressionen oder speziell Manien auslöst. Alle Kategorien von auslösenden Momenten provozieren prozentual etwa gleich viel Depressionen und Manien.

Betrachtet man jeden einzelnen Fall für sich, so ist festzustellen, daß bei gewissen Patienten bei wiederholtem Eintreten einer für sie offenbar spezifisch ungünstigen Situation im Laufe ihres Lebens jedesmal prompt eine Depression oder eine Manie einsetzt, nach dem Prinzip „gleiche Ursache, gleiche Wirkung“. So reagierten z.B. 9 Patienten auf wiederholte körperliche Erkrankungen – auffallend häufig handelte es sich um leichte Grippe – jedesmal (5-6mal in ihrem Leben) mit einer Depression oder Manie. Bei einigen Patientinnen, die mehrere Male in ihrem Leben einen Wohnungswechsel zu vollziehen hatten, setzte jeweils mit großer Konstanz nachher eine endogene Depression ein. Mehrere männliche Patienten antworteten auf wiederholte, ihnen von äußeren Umständen auferlegte Leistungsforcierungen im Beruf jedesmal mit einer Depression absolut endogenen Gepräges.

Ein Patient reagierte auf drei Todesfälle nahestehender Familienmitglieder dreimal mit einer Manie. – Weit seltener kommt es vor, daß beim selben Patienten das gleiche auslösende Moment eine verschiedene Wirkung hat, d.h. einmal eine Manie, das andere Mal eine Depression auslöst.

Zusammenfassung:

1. Nur bei einem kleinen Teil aller manisch-depressiven Phasen, nämlich $\frac{1}{4}$ aller Depressionen und $\frac{1}{14}$ aller Manien wirkt ein auslösendes Moment mit.
2. Von den ausgelösten Phasen werden rund 50 % durch psychogen wirk-same Momente, 30–35 % durch somatogen wirksame und 15–20 % durch kombiniert psychogen-somatogen wirksame Momente hervorgerufen.
3. Wir kennen keine Kategorie von auslösenden Momenten, welche speziell Depressionen oder speziell Manien hervorruft.
4. Ein Teil der Patienten reagiert auf das wiederholte Erscheinen desselben exogenen Faktors regelmäßig mit der für sie typischen depressiven oder manischen Erkrankung.

13. Welches ist die durchschnittliche Dauer einer Phase beim Manisch-depressiven Irresein?

Literatur: *Bleuler* schreibt von wochen- bis jahrelanger Dauer; über 10jährige Phasendauer sei selten. Nach *Lange* beträgt die durchschnittliche Dauer einer Attacke 6–8 Monate. Er zitiert auch *Panse*, der für Depressionen durchschnittlich 28,2 und

für Manien 27,3 Wochen berechnete. *Noyes* gibt eine durchschnittliche Depressionsdauer von 9 Monaten, eine durchschnittliche Maniendauer von 6 Monaten an.

Die bisher zitierten Autoren unterscheiden nicht zwischen 1., 2. und folgenden Attacken, sondern berechnen einfach den Durchschnitt aller Anfälle. Differenzierte Angaben macht *Rennie*, nach dessen Untersuchungen die durchschnittliche Dauer der Manien und Depressionen bei periodisch-depressiven und periodisch-manischen Fällen von der 1. bis zur 5. Attacke zunimmt und zwar bei den Manien von 3,5 auf 5,8 Monate und mehr, bei den Depressionen von 6,6 auf 8,5 Monate. Bei den zyklischen Formen nehme die Phasenlänge bei wiederholten Attacken erst nach dem 45. Lebensjahr zu. *Lundquist* fand die Dauer des ersten Anfalles kürzer bei Patienten unter 30 Jahren als bei Patienten über 30 Jahren. Den zweiten Anfall fand er durchschnittlich eher - statistisch allerdings unbedeutend - kürzer als den ersten Anfall. Zwischen Manie und Depression bestehe in Bezug auf die Dauer des ersten Anfalls kein wesentlicher Unterschied. *Pollock* berechnete die Dauer der manisch-depressiven Attacken auf ungefähr ein Jahr und stellte eine leichte, unregelmäßige Zunahme der Schubdauer mit zunehmendem Alter fest. *Anderson* hat speziell die Dauer von Depressionen bei Patienten über 40 Jahren berechnet und fand eine Durchschnittsdauer von 14 Monaten (5 Monate bis 3 1/2 Jahre). Er zitiert *Gaupp*, *Bumke* und andere, die 7, 8 und 13 Jahre dauernde Depressionen mit noch schließlichem Ausgang in Heilung angeben.

Eigene Untersuchungen: Von den 767 registrierten Depressionen sind 694 mit mehr oder weniger genauen Zeitangaben versehen: die kürzeste Depression dauerte knapp eine Woche, die längste - welche schließlich durch eine Zerebralsklerose kompliziert und verlängert wurde und ungeheilt mit dem Tode endete - dauerte 24 Jahre. Der größte Teil der Depressionen, rund 88%, hat eine Dauer zwischen einer Woche und einem Jahr.

Von den 357 registrierten Manien sind 347 mit Zeitangaben versehen: die kürzeste Manie dauerte etwa eine Woche, die längste, schon zu den chronischen zu rechnende, 22 Jahre. Auch der größte Teil der Manien, rund 92%, hat eine Dauer von einer Woche bis zu höchstens einem Jahr.

Verlaufsform	Durchschnittliche Dauer in Monaten der						
	1. Attacke	2. Attacke	3. Attacke	4. Attacke	5. Attacke	6. Attacke	7. Attacke
Einfache und periodische Depr. ohne Organiker	8	10,5	15,5	16,4	10,1	4	
mit Organikern	8	20	15,7	19,4	10,8	4	
Zirkuläre Fälle							
Depressionen	7	8,4	4,5	5,8	4	3,5	
Manien	6,3	7,7	11,6	7	4,7	4,9	4
Wenn die gelegentlichen, inter- vallos sich folgenden Manien und Depressionen als eine kom- binierte Phase gerechnet werden, verlängert sich die Phasendauer auf	9,9	11,5	12,1	19,7	19,9	8,7	6,1
Periodische Manien (zuwenig Fälle, um verbindliche Werte angeben zu können)	6,2	4,9	5,9				

Wir erinnern an die in der Einleitung gegebene Definition der Anfallsdauer: Eine Phase dauert so lang, bis der Patient subjektiv und objektiv wieder in seinem Habitalzustand ist (medizinische, nicht soziale Heilung). Unsere, im Vergleich zu gewissen anderen Autoren, sehr langen Phasendauern hängen offenbar mit dieser Betrachtungsweise zusammen und damit, daß wir die chronisch gewordenen Schübe für die Durchschnittsberechnung nicht einfach ausgeschaltet haben, was u.E. ein falsches Bild ergäbe.

Zusammenfassung:

1. Die Dauer der depressiven und manischen Phasen schwankt zwischen 1 Woche und mehr als 20 Jahren. – Rund 90% aller Phasen heilen innert Jahresfrist ab.
2. Die längsten Phasen findet man bei den zirkulären Fällen wegen der gelegentlichen, sehr langen kombinierten Schübe.
3. Die durchschnittliche Dauer nimmt bei späteren Phasen zu:

Bei den periodischen Depressionen von der 1. zur 4. Attacke,
von rund 8 auf rund 16 Monate;

bei den zirkulären Fällen von der 1. bis zur 5. Attacke,
von rund 10 auf rund 20 Monate.

In bezug auf die noch späteren Phasen verweisen wir auf Seite 26 f.

14. Unter welchen Bedingungen kommt es zu überdurchschnittlich langen Phasen?

Ist eine positive hereditäre Belastung oder die Kombination des Manisch-depressiven Irreseins mit einer psychischen Abnormität anderer Art, oder das Hinzutreten schizophrener Symptome zum manisch-depressiven Bild, oder ein zusätzliches körperliches Leiden, oder das vorgerückte Alter des Patienten dafür verantwortlich zu machen?

Literatur: Müller resümiert die Untersuchungsergebnisse anderer Autoren dahin, daß jede Atypie in der Heredität, im Körperbau und im präpsychotischen Wesen des Manisch-Depressiven wie auch das Vorliegen stärkerer reaktiver Momente und das Hinzutreten körperlicher Erkrankungen die Prognose verschlechtere, d.h. Phasenverlängerung bewirke. In bezug auf den Einfluß der Intelligenz hat *Anderson* bei seinen Untersuchungen an älteren Depressiven festgestellt, daß die weniger schulgabten eine bessere Prognose haben als die ausgesprochen intelligenten, von denen ein größerer Prozentsatz ungeheilt bleibt. *Duncan* hingegen fand die Heilungschancen für oligophrene und normal-intelligenten Manisch-Depressive gleich groß. Was den Einfluß einer psychopathischen und neurotischen Komponente betrifft, so weist *Poort* auf die besonders lange Dauer der Melancholien auf psychopathischer und funktioneller Basis hin. Die Bedeutung der hereditären Belastung für die Prognose beschreiben *Rennie* und *Anderson*: Nach *Rennie* sind von den chronisch gewordenen Fällen 54% belastet, von den geheilten 45%. Es besteht nach seinen Untersuchungen kein deut-

licher Einfluß der Heredität auf den Ausgang einer Phase in Heilung oder in chronischen Zustand. Hingegen hat *Anderson* bei der Gruppe der Ungeheilten wesentlich häufiger eine hereditäre Belastung gefunden als bei den Geheilten.

Zur Abhängigkeit der Phasenprognose vom Alter des Patienten äußert sich *Strecker* (von *Anderson* zit.): Die Gruppe der chronisch gewordenen Depressionen beginne meistens zwischen 40 und 50 Jahren, die Gruppe der Geheilten hingegen meist zwischen 20 und 30 Jahren. Ähnliches erwähnt *Henderson* in bezug auf die Manien, von denen die nach dem 40. Altersjahr einsetzenden größere Tendenz hätten, chronisch zu werden, als die früher beginnenden.

Eigene Untersuchungen: In Kapitel 13 haben wir die durchschnittliche Länge manisch-depressiver Phasen berechnet. Zur Beantwortung von Frage 14 teilten wir alle Schübe in zwei Gruppen ein: in die Gruppe der unterdurchschnittlich und die der überdurchschnittlich langen 1., 2., 3. und folgenden Schübe, und untersuchten nun die Häufigkeit des Vorkommens einer positiv hereditären Belastung, einer neurotischen oder psychopathischen Komponente, einer Intelligenzschwäche, eines schizophrenen Einschlags in der Symptomatik, eines zusätzlichen, körperlichen Leidens und eines „Alters über 50 Jahren bei Schubbeginn“ bei diesen 2 Gruppen.

Die Befunde sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Verlaufsform	Einfache und periodische Depression		Zirkuläre Fälle	
Phasenlänge	71 über- durchschnittl. lange Phasen	182 unter- durchschnittl. lange Phasen	55 über- durchschnittl. lange Phasen	154 unter- durchschnittl. lange Phasen
Hereditäre Belastung	66,1%	53,1%	74,5%	69,4%
Psychopathie	18,3%	30,2%	16,3%	18,5%
Neurose	7 %	3,8%	0	0
Oligophrenie	1,4%	1,6%	7,2%	1,9%
Schizophrener Einschlag . . .	2,8%	1,1%	23,6%	33,1%
Phasenbeginn nach 50. Jahr				
ohne psych.-organ. Kompon. .	38 %	20,3%	45,5%	29,8%
mit psych.-organ. Kompon. .	12,6%	2,2%	0	0
Zusätzliche körperliche Leiden .	7 %	2,7%	0	0

Kommentar zur Tabelle und Zusammenfassung: Unsere Untersuchung ergibt, daß überdurchschnittliche Länge eines Schubes bedingt ist

1. in allererster Linie durch ein Alter des Patienten über 50 Jahre (stimmt für alle Verlaufsformen!),
2. durch positive hereditäre Belastung,
3. durch eine zusätzliche neurotische Komponente,

4. durch eine zusätzliche körperliche Krankheit (inklusive organischer Hirnprozeß),
5. durch eine schizophrene Note im Krankheitsbild,
Faktor 2 bis 5 hatten nur bei einfachen und periodischen Depressionen, nicht aber bei zirkulären Fällen phasenverlängernde Wirkung.
6. durch eine zusätzliche Intelligenzschwäche,
Faktor 6 übte nur bei den zirkulären Fällen, nicht aber bei den einfachen und periodischen Depressionen schubverlängernden Einfluß aus. (Punkt 3–6 kleine Zahlen!)

Das Vorliegen einer Psychopathie verursachte weder bei den einfachen und periodischen Depressionen noch bei den zirkulären Fällen überdurchschnittlich lange Phasen.

15. Ist es richtig, daß die späteren Phasen an Dauer zunehmen; wenn ja, mit was hängt die Zunahme der Schublänge zusammen?

Literatur: *Lundquist* hat weder für Manien noch für Depressionen, weder vor noch nach dem 30. Lebensjahr eine deutliche Phasenverlängerung feststellen können. *Lewis* spricht vage von „eher zunehmender Phasenlänge“ (keine Zahlenangaben), die er mit der Hospitalisierung der Patienten in späteren Schüben und damit verbundener kritischerer Beurteilung der Heilung einer Phase zu erklären versucht. Die vorausgegangenen, in häuslichem Milieu durchgemachten Phasen würden aus ungenügender Sachkenntnis zu kurz geschätzt. *Pollocks* Riesenstatistik an über 8000 Fällen ergab eine „mit zunehmendem Alter unregelmäßige Zunahme der Dauer der rezidivierenden Attacken“.

Eigene Untersuchungen: Aus der Tabelle auf Seite 23 ist zu ersehen, daß die Durchschnittswerte der Phasenlängen bei periodischen Depressionen und zirkulären Fällen, von der 1. bis zur 4. bzw. 5. Phase zunehmen. Wir untersuchten nun, wie viele Fälle diese Zunahme tatsächlich mitmachen, bei wie vielen die späteren Phasen an Dauer hingegen abnehmen, und bei wie vielen sie gleich lang bleiben.

Für die 307 für diese Prüfung verwertbaren Phasen bei periodischen Depressionen und zirkulären Fällen ergab sich folgende Verteilung:

	länger	kürzer	gleich lang
Von 90 2. Phasen sind im Vergleich zur 1. Ph.	54,4%	31,2%	14,4%
Von 69 3. Phasen sind im Vergleich zur 2. Ph.	47,8%	33,3%	18,9%
Von 60 4. Phasen sind im Vergleich zur 3. Ph.	58 %	23,2%	18,8%
Von 52 5. Phasen sind im Vergleich zur 4. Ph.	42 %	36,5%	21,5%
Von 36 6. Phasen sind im Vergleich zur 5. Ph.	30,5%	30,5%	39,0%

(Für die statistische Verarbeitung der 7. bis 33. Phase ist das Material zu klein.)

Die Dauer der nachfolgenden Phasen nimmt also bei rund 50 % aller Schübe zu: Dies stimmt für die 2., 3. und 4. Phase; von der 5. Phase an ist eine weitere Verlängerung immer seltener.

Wir fragten uns, ob die Zunahme der Phasendauer eine Funktion des Alterns sei, oder ob, ungeachtet des Alters, in welchem ein späterer Schub durchgemacht wird, einfach die Tatsache, daß es nicht mehr der erste ist, schon genüge, um eine Phasenverlängerung zu bewirken, ob – mit anderen Worten – durch eine vorangehende Phase doch „der Boden“ irgendwie verändert werde, so daß jede nachfolgende Phase schlechtere Heilungsaussichten habe. Um den eventuellen Einfluß des Alters abzuklären, haben wir alle 2. bis 6. Phasen bei den zirkulären und periodisch-depressiven Fällen in 2 Gruppen eingeteilt: In Gruppe A figurieren alle Schübe mit Beginn und Verlauf vor dem 50. Lebensjahr, in Gruppe B alle Schübe nach dem 50. Lebensjahr. In beiden Gruppen wurden die an Dauer zunehmenden den an Dauer abnehmenden Schüben gegenübergestellt.

Von den 2., 3., 4., 5., 6. Phasen waren:	kürzer als die vorangehenden Phasen	länger als die vorangehenden Phasen
A. vor dem 50. Jahr	52	66
B. nach dem 50. Jahr	35	84

Der Vergleich zwischen Gruppe A und B ergibt, daß die 2. bis 6. Phasen, die in das Alter nach 50 fallen, in überwiegender Mehrzahl, nämlich im Verhältnis von 2,4 : 1 an Dauer gegenüber vorangehenden Phasen zunehmen, während die 2. bis 6. Phasen vor 50 mit fast derselben Wahrscheinlichkeit zu- wie abnehmen. Das Verhältnis von zunehmenden zu abnehmenden Phasen beträgt hier 1,2 : 1.

Bei Betrachtung der vorletzten Tabelle fällt das rund ein Dutzend Fälle auf, die immer gleiche Schubdauer zeigen; das sind, bei genauer Durchsicht aller Krankengeschichten, diejenigen Patienten, die in jüngeren Jahren (zwischen 25 und 40) regelmäßig ihre ambulanten, immer etwa gleich langen Schübe durchmachen, bis dann, um die fünfziger Jahre, auch bei ihnen längere Schübe folgen, welche aber, weil es sich um spätere als 6. Schübe handelt, nicht mehr in der Tabelle verzeichnet sind.

Zusammenfassung:

1. Die 2., 3. und 4. Phase beim Manisch-depressiven Irresein nimmt an Dauer
 - in etwa 50 % gegenüber der vorangehenden Phase zu,
 - in etwa 30 % gegenüber der vorangehenden Phase ab.
 - In etwa 20 % bleibt sie gleich lang.

2. Die 2., 3. und 4. Phase nimmt dann mit großer Wahrscheinlichkeit gegenüber der vorangehenden an Dauer zu, wenn sie ins Alter nach dem 50. Lebensjahr fällt. Für die Zunahme der Phasendauer spielt also das Alter, nicht die bloße Tatsache, daß es sich um einen späteren Schub handelt, eine Rolle. Im Alter unter 50 Jahren ist die Chance, daß die folgende Phase an Dauer zunehme, nicht oder kaum größer, als daß sie abnehme.

16. Hat das Vorhandensein eines auslösenden Momentes einen Einfluß auf die Länge einer Phase?

Literatur: Unseres Wissens hat lediglich *Lundquist* diese Frage untersucht, sich dabei aber auf eine bestimmte Gruppe von Fällen beschränkt: Er fand, daß depressive Schübe vor dem 30. Lebensjahr mit exogenem Moment von kürzerer Dauer seien als solche ohne exogenes Moment.

Eigene Untersuchungen: Wir verweisen auf die im 12. Kapitel gemachten Angaben über Art und Häufigkeit des Vorkommens auslösender Momente. Zur Lösung der jetzigen Frage eigneten sich 74 Fälle mit periodisch depressivem, periodisch manischem und zirkulärem Verlauf, von denen jeder einige Schübe mit und einige Schübe ohne auslösendes Moment durchgemacht hat.

Die Gegenüberstellung der ausgelösten und der aus heiterem Himmel einsetzenden Attacken ergab:

Bei 10 von 74 Fällen waren die Phasen mit	Auslösung länger als diejenigen ohne Auslösung;
bei 24 von 74 Fällen waren die Phasen mit	Auslösung teils länger, teils kürzer als diejenigen ohne Auslösung (kein sicherer Unterschied);
bei 26 von 74 Fällen waren die Phasen ohne	Auslösung länger als diejenigen mit Auslösung;
bei 14 Fällen waren die Angaben nicht verwertbar.	

Die Schübe ohne auslösendes Moment scheinen also eher länger zu dauern. Eine kritische Betrachtung zeigt aber, daß meistens bei der ersten oder den paar ersten Attacken, d. h. wenn der Patient und seine Angehörigen die Krankheit noch nicht kennen und ihre Endogenität nicht begreifen, dem Kausalitätsbedürfnis entsprechend, ein auslösendes Moment angegeben wird. Bei späteren Phasen hingegen und Kenntnis der Krankheit ist dies viel seltener der Fall. Später, d. h. in vorgerücktem Alter des Patienten, sind die Schübe aber ohnehin von längerer Dauer (vgl. Kap. 14 und 15).

Zusammenfassung: Die oft längere Dauer der nicht durch exogenes Moment ausgelösten Krankheitsphasen erklärt sich wahrscheinlich durch

das vorgerückte Alter des Patienten und nicht durch die Tatsache des Fehlens auslösender Faktoren.

17. Welches ist die durchschnittliche Länge eines Intervalls beim Manisch-depressiven Irresein, und ist es richtig, daß die späteren Intervalle an Dauer abnehmen?

Literatur: Die große Variationsbreite der Intervalllängen wird schon von *Stransky* hervorgehoben: er spricht von jahrzehntelangen, jahrelangen und monatelangen gesunden Zeiten zwischen krankhaften Phasen. *Bleuler* und *Lange* betonen die meist ganz ungleiche Länge der beim selben Patienten sich folgenden Intervalle. Als längste beobachtete Intervalle nennt *Lange* solche von 38, 44 und 48 Jahren. Die durchschnittliche Dauer der Intervalle beträgt nach seinen Angaben:

für das 1. Intervall 10,6 Jahre
 für das 2. Intervall 6,2 Jahre
 für das 3. Intervall 4,3 Jahre
 für das 4. Intervall 4,5 Jahre
 für das 5. Intervall 4 Jahre

Auch nach *Bleuler* besteht im Alter eine Tendenz zum Kürzerwerden der Intervalle. — *Lundquist* hat die Abhängigkeit der Intervalllänge von der Art und vom Zeitpunkt des Einsetzens des vorangehenden Schubes untersucht und fand dabei, daß das erste Intervall durchschnittlich kürzer war, wenn die vorangehende erste Manie vor dem 30. Lebensjahr durchgemacht wurde, als wenn sie nach dem 30. Lebensjahr eintrat. War die vorangehende Phase eine Depression, so bestand kein Unterschied in der Dauer des nachfolgenden Intervalls. Seine Untersuchungen über das zweite Intervall ergaben, daß dieses bei Manien kürzer sei als bei Depressionen. Nach *Lewis* ist es nicht richtig, daß die Intervalle mit der Zeit kürzer werden. Auch *Slater* fand, es gebe keine allgemeine Tendenz zum Kürzerwerden späterer Intervalle, und daß, soweit eine solche geringe Tendenz bestehe, diese nur die ersten paar Intervalle betreffen.

Eigene Untersuchungen: Das kürzeste unserer 748 untersuchten Intervalle dauerte eine Woche, das längste 34 Jahre. Rund die Hälfte aller Intervalle dauerte weniger als ein Jahr. Eine Gegenüberstellung der durchschnittlichen Längen der 1., 2. und folg. Intervalle bei den verschiedenen Verlaufsformen ergab folgendes Bild:

Verlaufsform	Durchschnittliche Dauer des					
	1. Interv.	2. Interv.	3. Interv.	4. Interv.	5. Interv.	6. Interv.
period. Depr.	9 Jahre u. 1,3 Monate	4 Jahre u. 0,1 Monat	4 Jahre u. 0,1 Monat	3 Jahre	2 Jahre u. 1,7 Monate	1 Jahr u. 2,4 Monate
zirkulärer Verlauf	5 Jahre u. 0,1 Monat	2 Jahre u. 7,8 Monate	2 Jahre u. 0,4 Monat	2 Jahre u. 2,4 Monate	2 Jahre u. 0,1 Monat	1 Jahr u. 0,1 Monat

Nun untersuchten wir, bei wie vielen Intervallen die aus vorstehender Tabelle ersichtliche Intervallverkürzung tatsächlich nachweisbar war, wie viele hingegen länger werden und wie viele gleich lang bleiben wie die vorhergehenden.

	länger	kürzer	gleich lang
von 84 2. Int. sind im Vergleich zum 1. Int.	30,9%	53,5%	15,6%
von 67 3. Int. sind im Vergleich zum 2. Int.	38,8%	41,7%	19,5%
von 55 4. Int. sind im Vergleich zum 3. Int.	41,8%	34,5%	23,7%
von 37 5. Int. sind im Vergleich zum 4. Int.	35,1%	32,6%	32,3%
von 32 6. Int. sind im Vergleich zum 5. Int.	25 %	31,2%	43,8%

Anmerkung: Die Anzahl der Intervalle bei den periodischen Manien ist für eine statistische Bearbeitung zu klein. Um doch eine gewisse Vorstellung ihrer Dauer zu geben, führen wir das kürzeste und das längste erste bis vierte Intervall bei den periodischen Manien an:

	kürzestes	längstes
1. Intervall	5 Monate	8½ Jahre
2. Intervall	8 Monate	12½ Jahre
3. Intervall	3 Monate	mehrs als 11 Jahre (geht noch weiter)
4. Intervall	10 Monate	4¾ Jahre

Kommentar zur Tabelle und Zusammenfassung:

1. Wie die Phasenlänge, so schwankt auch die Intervalldauer in weiten Grenzen zwischen Werten von einer Woche bis über 30 Jahren.
2. Das 1. bis 4. Intervall bei den zirkulären Fällen ist durchschnittlich deutlich kürzer als bei den periodischen Depressionen. – In bezug auf Raschheit des Rezidivierens haben die zirkulären Fälle also eine schlechtere Prognose. Die durchschnittliche Dauer des 5. und folgender Intervalle ist bei beiden Verlaufsformen etwa gleich lang.
3. Sowohl bei den periodischen Depressionen wie bei den zirkulären Fällen, ist das 1. Intervall durchschnittlich weitaus das längste. Die folgenden Intervalle nehmen bei den periodischen Depressionen kontinuierlich und deutlich, bei den zirkulären Fällen unregelmäßig und nur unwesentlich an Dauer ab.
4. Das 2. Intervall nimmt in über 50% gegenüber dem 1. an Dauer ab,
in etwa 30% gegenüber dem 1. zu,
in etwa 15% bleibt es gleich lang.

Eine Abnahme der Dauer des 3., 4., 5. und 6. Intervalls gegenüber dem vorangehenden hingegen ist nicht mehr – oder statistisch nur unbedeutend – häufiger als eine Zunahme.

18. Unter welchen Bedingungen kommt es zu unterdurchschnittlich kurzen Intervallen?

Ist eine positive hereditäre Belastung oder die Kombination des Manisch-depressiven Irreseins mit einer psychischen Abnormalität anderer Art oder das Hinzutreten schizophrener Symptome zum manisch-depressiven Bild oder das vorgerückte Alter dafür verantwortlich zu machen?

Literatur: Keine genauen Angaben, außer der gelegentlichen Bemerkung, daß im Alter die Intervalle in der Regel kurz seien.

Eigene Untersuchungen: Im letzten Kapitel wurde die durchschnittliche Länge eines Intervalls berechnet. Für die jetzt interessierende Frage teilten wir alle Intervalle bei den periodisch depressiven und zirkulären Fällen in 2 Gruppen ein: In diejenige der unterdurchschnittlich und überdurchschnittlich langen Intervalle, und untersuchten die Häufigkeit des Vorkommens obengenannter Faktoren (Heredität usw.) bei den 2 Gruppen.

Verlaufsform	Periodische Depressionen		Zirkuläre Fälle	
Intervalldauer	überdurchschnittlich lang Total 68	unterdurchschnittlich lang Total 13	überdurchschnittlich lang Total 54	unterdurchschnittlich lang Total 122
Positive hereditäre Belastung .	63,3%	50,7%	68,5%	68 %
Psychopathie	20,6%	29 %	16,7%	16,4%
Neurose	1,4%	8,7%	—	—
Oligophrenie	1,4%	5,8%	—	—
Schizokomponente	1,4%	2,9%	44,5%	20,5%
Alter bei Intervallbeginn				
10–30 Jahre ¹⁾	19,1%	13,8%	27,8%	31,2%
30–50 Jahre	57,3%	44,2%	51,9%	33,6%
50–70 Jahre und mehr . . .	23,5%	42 %	20,4%	35,2%
¹⁾ 2 Fälle mit Beginn unter 10 Jahren				

Kommentar zur Tabelle und Zusammenfassung: Relativ kurze Intervalle sind zu erwarten

1. vor allem, wenn der Patient mehr als 50 Jahre alt ist: das stimmt sowohl für die periodisch depressiv wie die zirkulär verlaufenden Fälle;
2. bei Kombination des Manisch-depressiven Irreseins mit Psychopathie, Neurose und Oligophrenie, sofern es sich um eine periodische Depression handelt. Über die zirkulären Fälle können wir in diesem Punkt nichts Sicheres aussagen, außer daß bei ihnen eine Psychopathie nicht intervallverkürzend wirkt.

Keinen intervallverkürzenden Einfluß, weder bei periodischen Depressionen noch bei zirkulären Fällen, übt eine positive hereditäre Belastung aus.

19. Besteht ein Zusammenhang zwischen Schublänge und Länge des vorangehenden Intervalls?

Literatur: Über diese Frage ist der Literatur nichts zu entnehmen.

Eigene Untersuchungen: Bei Betrachtung einzelner Krankengeschichten war uns aufgefallen, daß bei einer größeren Anzahl auf ein langes Intervall eine lange Krankheits-Phase und auf ein kurzes Intervall eine kurze Phase folgte. Wir untersuchten alle Phasen statistisch auf ihr Verhalten in dieser Beziehung und erhielten folgendes Ergebnis:

- $\frac{2}{3}$ der an Dauer gegenüber der 1. Phase zunehmenden 2. Phasen folgen auf überdurchschnittlich lange Intervalle;
- $\frac{1}{3}$ der an Dauer gegenüber dem 1. Schub zunehmenden 2. Phasen folgen auf ein unterdurchschnittlich langes Intervall.

Für die 3. und folgenden Phasen steht die Sache anders: Unter den diesen Phasen vorangehenden Intervallen sind die langen Intervalle zahlenmäßig stark verringert, weil inzwischen viele von den Patienten in das auch in bezug auf die Intervalldauer ungünstige Alter von 45–60 Jahren gerückt sind. So folgen nun

- $\frac{2}{3}$ der an Dauer gegenüber der 2. Phase zunehmenden 3. Phase auf unterdurchschnittlich lange Intervalle und nur
- $\frac{1}{3}$ der an Dauer gegenüber dem 2. Schub zunehmenden 3. Phase auf überdurchschnittlich lange Intervalle.

Zusammenfassung: Der Satz: „Auf ein langes Intervall folgt eine lange (d.h. gegenüber der vorangehenden verlängerte) Phase...“ stimmt nur für die auf das 1. Intervall folgende 2. Phase.

20. Wie verhalten sich zahlenmäßig leichte und schwere Phasen beim Manisch-depressiven Irresein zueinander?

Literatur: Außer der häufigen Bemerkung, daß der Kliniker nur die schweren Fälle zu Gesicht bekomme und sich deshalb von den leichten Formen kein richtiges Bild machen könne, fanden wir diese Frage nirgends genauer behandelt.

Eigene Untersuchungen: Über die Schwere einer Depression oder Manie zuverlässige und für Vergleiche brauchbare Auskunft zu erhalten, ist, wie wir uns überzeugen konnten, nur selten möglich. Der Patient selbst empfindet immer gerade die gegenwärtige Depression als die schwerste der je erlebten und schätzt, objektiv zu Unrecht, alle früheren als unvergleichlich viel leichter ein; auf ihn ist somit kein Verlaß. Aber auch der untersuchende Arzt, der an einer großen Klinik mit starkem Arztwechsel die Patienten meist nur während einer bis höchstens 3 Phasen beobachten kann, hat nicht genügend Vergleichsmöglichkeiten, weshalb in den Krankenge-

schichten die Frage der Schwere einer Phase fast durchwegs stiefmütterlich behandelt wird.

Einen guten Anhaltspunkt für die Schwere eines Schubes bietet das Fehlen oder Bestehen der Notwendigkeit zur Hospitalisierung. Allerdings werden oft Depressive in schwerkrankem Zustand und unter Verkennung der Suizidgefahr zu Hause gehalten, und Maniker, die schon längst spitalreif wären, von aufopfernden Ehepartnern noch wochen- und monatelang mit Geduld ertragen, nur um späteren Vorwürfen dieser für ihre manischen Phasen meist dauernd krankheitsuneinsichtigen Patienten zu entgehen. Andererseits bleibt ein Patient aus äußeren Gründen (Schwierigkeit der Unterbringung außerhalb der Klinik) vielleicht auch einmal länger als unbedingt nötig in der Anstalt. Im großen ganzen ist aber doch die Tatsache und die Dauer der Hospitalisierungsbedürftigkeit ein Kriterium für die Schwere einer Phase.

Da wir in dieser Arbeit, außer den in der Klinik durchgemachten schweren, auch die ambulanten, leichten Phasen mitberücksichtigt haben, ist es uns möglich, das Verhältnis der schweren Schübe (gemessen am Total der Hospitalisierungsdauer) zur Gesamtheit aller Schübe (gemessen am Total der Krankheitsdauer) darzustellen:

Art der Phase	Totale Krankheitsdauer in Jahren für alle 146 Pat.	Totale Hospitalisierungsdauer in Jahren für alle 146 Pat.	Verhältnis von Krankheitsdauer zu Hospitalisierungsdauer
Depressionen bei periodisch depressivem Verlauf	368,5	117,3	3:1
Depressionen bei zirkulärem Verlauf	129,7	57	2,2:1
Manien bei zirkulärem Verlauf	211	146,3	1,4:1
Manien bei periodisch manischem Verlauf	33,5	29,7	1,1:1

Bei den periodischen Depressionen bedarf ein großer Teil, nämlich $\frac{2}{3}$ aller Phasen, keiner Hospitalisierung, und ist somit zu den leichteren Erkrankungen zu zählen.

Die Depressionen bei den zirkulären Fällen scheinen im ganzen schwerer zu sein und rascher eine Hospitalisation notwendig zu machen. Das Verhältnis von totaler Krankheitsdauer zu Hospitalisierungsdauer ist hier zugunsten einer längeren Hospitalisierung verschoben.

Bei den Manien der zirkulär verlaufenden und noch deutlicher bei den Manien der periodisch manisch verlaufenden Fällen nähert sich die Hospitalisierungsdauer immer mehr der totalen Krankheitsdauer.

Zusammenfassung:

1. Die schweren, in der Klinik zu behandelnden Depressionen machen nur $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ aller depressiven Phasen aus. Die schweren, in der Klinik zu behandelnden Manien machen $\frac{3}{4}$ – $\frac{10}{11}$ aller manischen Phasen aus.
2. Der manische Patient ist also vom sozialen Standpunkt aus sozusagen immer ein Schwerkranker und fast von Beginn einer Phase an hospitalisierungsbedürftig, während der depressive Patient für die Umwelt weit weniger störend ist und mehr wegen seiner Selbstgefährlichkeit und Behandlungsbedürftigkeit für eine gewisse Zeit hospitalisiert werden muß.

21. Welches Lebensalter disponiert am meisten zu schweren, eine Hospitalisierung erfordernden Phasen?

Literatur: *Bleuler* schreibt, daß viele der manisch-depressiven Stammgäste nach der Involution nicht mehr in der Klinik erscheinen, in dieser Lebenszeit also offenbar keine schweren Attacken mehr durchmachen.

Eigene Untersuchungen: Die vorliegende Frage ließ sich am besten an Hand von Krankengeschichten mit sehr vielen und über eine sehr lange Beobachtungszeit verteilten manisch-depressiven Attacken abklären. Von unsern 146 Fällen erfüllten 31 diese Voraussetzungen: Sie hatten alle 9 bis 33 Phasen erlebt und waren während 15 bis 72 Jahren beobachtet worden.

Wir rechneten aus, wie viele dieser 31 Patienten zwischen dem 0.–10., 10.–20., 20.–30. usw., Lebensjahr erkrankten und wie viele während der selben Jahre auch hospitalisiert wurden. Dabei ergaben sich folgende Verhältnisse:

Erkrankungsalter	Anzahl aller Phasen	Anzahl der klinisch behandelten Phasen
0 bis und mit 10. Jahr	2	0 = 0% aller Phasen
11. bis und mit 20. Jahr	5	1 = 20%
21. bis und mit 30. Jahr	22	11 = 50%
31. bis und mit 40. Jahr	29	12 = 41,4%
41. bis und mit 50. Jahr	29	24 = 82%
51. bis und mit 60. Jahr	24	23 = 95,8%
61. bis und mit 70. Jahr	14	11 = 78%
71. bis und mit 80. Jahr	5	2 = 40%

Aus der Zusammenstellung ist ersichtlich, daß im Alter bis zu 20 Jahren, zwischen dem 30. und 40. und nach dem 70. Lebensjahr die relativ leichtesten Krankheitsphasen stattfinden. Die Hospitalisierung ist hier nur bei

20 resp. 40 % der erkrankten Patienten nötig. Nach dem 40., besonders aber zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr sind die Schübe erheblich schwerer und erheischen in rund 80–95 % eine Hospitalisierung.

Zusammenfassung: Das Alter zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr disponiert nicht nur zu den längsten, sondern auch zu den schwersten Krankheitsphasen beim Manisch-depressiven Irresein.

22. Wie steht es mit der Prognose frühbeginnender manisch-depressiver Erkrankungen?

Literatur: Einige Daten siehe unter Literatur zu Frage 9.

Eigene Untersuchungen: Die folgende Zusammenstellung dient der Abklärung, ob die schon in frühem Lebensalter, d.h. vor dem 30. Jahr beginnenden Erkrankungen in bezug auf Phasenlänge, Intervalldauer und Ausgang in Schizophrenie eine schlechtere Prognose haben, als die erst in späterem Lebensalter erkrankenden Patienten.

Krankheitsbeginn	Anzahl der Fälle	Hereditäre Belastung	Schizophr. Einschlag und Ausgang in Schizophr.	Überdurchschnittlich lange Phasen	Unterdurchschnittlich lange Intervalle
7.–30. Jahr	52	71 %	23 %	12,7%	67 %
30.–50. Jahr	77	46,7%	10,3%	9,3%	60,3%
50.–70. Jahr	17	53 %	5,8%	24,1%	79 %

Die frühbeginnenden Fälle zeichnen sich aus durch auffallend häufige hereditäre Belastung und häufige Komplikation durch spätere schizophrene Symptomatik. Hingegen sind lange Schübe und kurze Intervalle nur ganz unwesentlich häufiger als bei den Fällen, die zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr beginnen und die, wie wir früher gezeigt haben, punkto Phasen- und Intervalldauer die beste Prognose haben.

Für die nach dem 50. Lebensjahr beginnenden Erkrankungen sind, wie schon wiederholt dargelegt, die Aussichten in bezug auf Phasen- und Intervalldauer schlecht, hingegen besteht nur geringe Wahrscheinlichkeit, daß sie noch einmal schizophrene Symptome entwickeln.

Zusammenfassung:

1. Ein erheblicher Teil, nämlich fast $\frac{1}{4}$ aller vor dem 30. Lebensjahr erkrankenden Patienten, entwickelt in einem oder mehreren der späteren Schübe schizophrene Symptomatik oder geht sogar in echte Schizo-

phrenie aus. Nicht wenige der früh beginnenden, zuerst typisch manisch-depressiven Psychosen scheinen also verkappte Schizophrenien zu sein.

2. Die Prognose hinsichtlich der Dauer der Phasen und Intervalle ist bei den frühbeginnenden Fällen relativ gut.

23. Was ist verantwortlich zu machen für das spätere Auftreten schizophrener Symptome bei einem in der ersten Phase typisch manisch-depressiven Krankheitsbild?

Literatur: *Bleuler* unterscheidet 5 Arten des Manisch-depressiven Irreseins mit schizophrener Symptomatik: entweder handle es sich um Manisch-depressives Irresein mit Mobilisierung schizoider Mechanismen oder um Mischung beider Krankheiten oder um eine Schizophrenie, die manisch-depressive Anfänge mobilisiert, oder um eine Schizophrenie, die sich u.a. in einem manischen oder melancholischen Anfall ausdrückt, oder um eine einheitliche Krankheit mit Symptomen der beiden Formen.

Mauz hat die Zusammenhänge zwischen Prognose einerseits und Körperbau und präpsychotischem Charakter andererseits bei endogenen Psychosen untersucht und dabei eindeutig festgestellt, daß die pyknisch-zyklothyme Konstitution für alle endogenen Psychosen prognostisch am günstigsten ist, und daß bei atypischer Konstitution immer eine erhöhte Ungewißheit in bezug auf die weitere Symptomatik und den weitem Verlauf besteht. Bei Manisch-Depressiven sei in diesem Falle Ausgang in chronisches Stadium häufig, und es sei immer an die Möglichkeit des Vorliegens einer Schizophrenie zu denken. *Müller* bestätigt die *Mauz'schen* Untersuchungen: Asthenischer Körperbau und schizoides Wesen machen lange Phasen und atypische Bilder mit vermehrten Halluzinationen und Wahnideen.

Eigene Untersuchungen: Die meisten in diesem Kapitel erwähnten Untersuchungsergebnisse wurden schon in Kapitel 4, 6 und 8 beschrieben und seien hier noch einmal zusammengefaßt.

Von unsern 146 Fällen zeigten 21 oder rund $\frac{1}{7}$ in einem oder mehreren späteren Schüben schizophrene Symptome; 7 davon entwickelten sich schließlich zu einer eindeutigen Schizophrenie mit Defekt. Die 21 Fälle setzten sich verlaufsmäßig aus 4 periodischen Depressiven und 17 Zirkulären zusammen. In 11 Fällen, also mehr als der Hälfte, war der zuletzt durchgemachte Schub überdurchschnittlich lang, nämlich von 2, $2\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$, $3\frac{3}{4}$, 4, $4\frac{1}{2}$, $7\frac{1}{2}$, 14, 19 und 35 Jahren Dauer, was z.T. einem chronisch gewordenen Zustand entspricht.

An schizophrenen Symptomen fanden sich: Mangelnde affektive Ansprechbarkeit, formale Denkstörungen im Sinne von Zerfahrenheit und Sperrungen, inhaltliche Denkstörungen in Form von Verfolgungs-, Beeinträchtigungs-, Vergiftungs- und Größenideen, Halluzinationen verschiedener Art und motorisch-katatone Symptome.

Aus der folgenden Zusammenstellung geht die Häufigkeit der verschiedenen Charakter- und Körperbauformen und der hereditären Belastung bei den Manisch-Depressiven mit schizophrener Symptomatik im Vergleich zur Gesamtheit aller Manisch-Depressiven hervor.

	Manisch-Depressive mit schizophrener Symptomatik	Gesamtheit aller Manisch-Depressiven
Präpsychotischer Charakter		
Gruppe A	44,4%	57 %
Gruppe B	50 %	24,4%
Gruppe C	5,6%	18,6%
Körperbau		
Pykniker	52,6%	52,9%
Leptosome	15,8%	22,2%
Athleten	5,3%	3,4%
Mischtypen	26,3%	21,3%
Hereditäre Belastung		
Unbelastete	9,5%	33–44% (inkl. fragl. Fälle)
Belastete	90,5%	56–67%
Mit sicherer Schizophr. Belastete	33 %	13,7%

Auffallend häufig ist die Gruppe der B-Typen, die sich (s. Kap. 8) durch Aufgeschlossenheit, Geselligkeit, Gefühlsoffenheit, Stimmungsschwankungen und eventuell auch Reizbarkeit auszeichnen. Die Gruppe A, welche sich durch Unsicherheit, Verslossenheit, Sensitivität charakterisiert und dem Begriff des Schizothymen eher entspricht, ist hingegen seltener als bei der Gesamtheit der Fälle.

Körperbaulich verhält sich die „schizophrene Gruppe“ ziemlich genau wie die Totalität aller Fälle. Die sog. atypischen Astheniker und Athleten sind nicht häufiger als bei der Gesamtheit der Manisch-Depressiven.

Ein wichtiger Unterschied zeigt sich in der Häufigkeit der hereditären Belastung. Die Manisch-Depressiven mit schizophrener Symptomatik sind in mehr als 90% hereditär belastet, $\frac{1}{3}$ hat in der Verwandtschaft sichere Schizophrene, was bei der Gesamtheit aller Fälle nur in 13–14% der Fall ist. Sehr wahrscheinlich verbergen sich unter den ungenau als „Depressionen“, „Suizid bei plötzlicher Schwermut“ usw. angegebenen psychischen Erkrankungen in der Verwandtschaft – die wir in dieser Untersuchung nicht als sichere Schizophrene gezählt haben – noch recht viele Schizophrene, so daß die wirkliche Belastung mit Schizophrenie wohl noch stärker ist.

Zusammenfassung:

1. Bei rund $\frac{1}{7}$ oder 14–15% aller Manisch-Depressiven kommen im späteren Krankheitsverlauf schizophrene Symptome vor; bei 4,8% entwickelt sich schließlich eine chronische Schizophrenie.

2. Bei zirkulär verlaufenden Fällen ist das Auftreten schizophrener Symptome häufiger zu erwarten als bei periodischen Depressionen.
3. Anfänglich typisch manisch-depressive Patienten, bei denen sich später schizophrene Symptome zeigen oder sich sogar eine echte Schizophrenie entwickelt, weisen nicht häufiger, sondern im Gegenteil seltener als die Gesamtheit aller Fälle einen „A-Charakter“ und eine asthenische Konstitution auf. Hingegen ist ihre hereditäre Belastung, speziell diejenige mit Schizophrenie, deutlich häufiger als bei der Gesamtheit der Fälle. Ein Drittel der Manisch-Depressiven mit Schizophrenen in der Verwandtschaft entwickelt später selbst schizophrene Symptome.

24. Ist die Entwicklung eines chronisch krankhaften Zustandes beim Manisch-depressiven Irresein häufig, und bei was für Verlaufsformen und Patienten ist sie am ehesten zu erwarten?

Literatur: Nach *Stransky* und *Lange* neigen die periodischen Manien eher zum Chronischwerden als die periodischen Depressionen und die zirkulären Formen. *Poort* fand bei ihren 141 untersuchten Fällen $\frac{1}{3}$ sozial invalid gewordene. Für die zirkulären Fälle sei die Prognose in dieser Hinsicht besonders schlecht, indem sie zu $\frac{2}{3}$ invalid wurden. Nach *Rennies* Untersuchungen verfallen Patienten mit vielen Attacken viel häufiger in ein chronisches Endstadium als Patienten mit wenigen Attacken. *Anderson* ging dem Zusammenhang zwischen präpsychotischem Charakter des Patienten und dem Chronischwerden von Depressionen in späterem Lebensalter nach: er verneint das Bestehen einer Gesetzmäßigkeit zwischen Ausgang in Heilung oder Chronischwerden einerseits und präpsychotischem Charakter andererseits.

Eigene Untersuchungen: Als chronische Fälle betrachten wir Patienten, die praktisch dauernd krank geworden sind.

Bei der 1. Gruppe Chronischkranker gehen wir dabei vom Begriff der medizinischen Heilung ab und zählen auch Fälle hinzu, die zwischen ihren sehr häufigen Phasen medizinisch freie Intervalle haben, bei denen diese gesunden Zwischenzeiten aber so kurz sind, daß sich ein Austritt aus der Anstalt gar nicht lohnt, oder, sofern sich der Patient außerhalb der Klinik befindet, die Wiederaufnahme einer geregelten Tätigkeit nicht in Frage kommt: das wäre die Gruppe der sozialen Dauerinvaliden mit kurzen medizinischen Intervallen.

Die 2. Gruppe Chronischkranker umfaßt Patienten, die nach streng medizinischem Gesichtspunkt beurteilt, ihren früheren Habitualzustand nach einem ersten oder späteren Schub nie mehr erreichen, die aber doch fähig sind, zwischen den Exazerbationen dieses chronischen Zustandes eine nicht allzu anspruchsvolle Tätigkeit erfolgreich auszuführen. Es handelt sich dabei vor allem um Hausfrauen oder selbständige Geschäftsleute, welche sich ihre Arbeit nach eigenem Gutdünken einteilen und nach Vermögen erledigen können, und wo eine verständnisvolle Umwelt der krankhaften Art des Patienten Rechnung trägt: das sind die medizinisch Chronischkranken mit relativer sozialer Heilung.

Zur 3. Gruppe Chronischkranker gehören Patienten, die nach einer bis mehreren Phasen, getrennt durch medizinische freie Intervalle, in einem letzten, sich oft bis ins hohe Alter erstreckenden Schub (hie und da später durch eine organische Gehirnveränderung kompliziert) steckenbleiben. Sie sind als medizinische und soziale Dauerinvaliden zu rechnen.

Von unseren 146 Fällen sind 35 oder fast $\frac{1}{4}$ zu einer dieser Gruppen zu zählen. Sie verteilen sich folgendermaßen auf die verschiedenen Verlaufsformen:

Von den periodischen Depressionen wurden	13 = 14,6 %	chronisch
Von den zirkulären Fällen wurden	21 = 41 %	chronisch
Von den periodischen Manien wurde	1 = 16,6 %	chronisch

Die Verlaufsform bestimmt die Art des späteren chronischen Zustandes:

Aus den periodischen Depressionen entstehen	chronisch depressive und chronisch schizophrene;
aus den zirkulären Formen entstehen	chronisch zirkuläre, chronisch manische oder chronisch schizophrene;
aus den periodischen Manien entstehen	chronisch manische Zustände.

Unter den 35 chronischen Zuständen fanden wir 11 chronisch depressive (etwa $\frac{1}{3}$), 11 chronisch zirkuläre (etwa $\frac{1}{3}$), 6 chronisch manische und 7 chronisch schizophrene. Bei 4 der 35 Fälle trat in den letzten Jahren des schon vorher chronisch gewordenen Zustandes eine psychoorganische Komponente hinzu.¹⁾ Was das Alter der Patienten betrifft, in welchem die Krankheit in ein chronisches Stadium eintritt, so findet man, daß 27 oder $\frac{3}{4}$ aller dieser Fälle nach dem 45. Lebensjahr chronisch werden. Nur bei 8 Patienten beginnt der chronische Verlauf schon in jüngeren Jahren. Ein chronischer Zustand entwickelt sich vorzugsweise aus dem 1.-4. Schub, aus späteren Schüben nur noch in vereinzelt Fällen, was aus folgender Liste ersichtlich ist:

	in chronisches Stadium	in Heilung
Ausgang der		
1. Phase	3,5%	96,5%
2. Phase	6,8%	93,2%
3. Phase	6,6%	93,4%
4. Phase	9,5%	90,5%
5. Phase	3,2%	96,8%
6., 8., 15. Phase usw. . .	sehr selten (in je 1 Fall)	

Ein Vergleich von Körperbau, Charakterstruktur und Heredität bei den Chronischkranken und der Gesamtheit aller Patienten ergab:

¹⁾ Anmerkung: Auch einen chronischen, meist chronisch depressiven Verlauf nahmen 6 weitere Fälle, bei welchen der Beginn des chronischen Stadiums deutlich mit der Entwicklung eines psychoorganischen Syndroms zusammenfiel und durch die organische Komponente bedingt schien. Diese Fälle wurden außer acht gelassen.

	chronischkranke Manisch-Depressive	Gesamtheit aller Manisch-Depressiven
Präpsychotischer Charakter		
Gruppe A	38,8%	57 %
Gruppe B	45,1%	24,4%
Gruppe C	16,1%	18,6%
Körperbau		
Pykniker	65,6%	52,9%
Leptosome	17,2%	22,2%
Athleten	3,4%	3,4%
Mischtypen	13,8%	21,3%
Hereditär Belastete . . .	65,8%	56,1%

Die Chronischkranken sind also – ähnlich den Zirkulären und den „schizophrenen“ Manisch-Depressiven, mit denen sie sich ja zum Teil decken – etwas häufiger von pyknischem Körperbau, etwas häufiger hereditär belastet und deutlich häufiger mit dem aufgeschlossenen, lebhaften, labil-reizbaren B-Charakter begabt als die Gesamtheit der Patienten.

Zusammenfassung:

1. Bei $\frac{1}{4}$ unserer Manisch-Depressiven geht die Krankheit in ein chronisches Stadium über.
2. Die zirkulär verlaufenden Formen neigen viel stärker zum Chronischwerden (in etwa 40 %) als die periodischen Depressionen und die periodischen Manien (in etwa 15 %).

Die zirkulären Fälle haben also nicht nur in bezug auf Entwicklung schizophrener Symptome, auf Phasenlänge und Intervalldauer, sondern auch bezüglich Chronischwerden eine ungünstigere Prognose als die Depressionen.

3. Die gefährliche Zeit für die Entwicklung eines chronischen Stadiums ist das Alter nach dem 45. Lebensjahr; nur bei $\frac{1}{4}$ der chronischen Fälle beginnt das chronische Stadium schon vor dem 45. Lebensjahr.
4. Die Anzahl der in chronisches Stadium übergehenden Phasen nimmt von der 1. bis zur 4. Phase zu, und zwar von 3,5% auf 9,5%.
5. Entsprechend der relativ großen Anzahl Zirkulärer unter den Chronischkranken, weisen diese relativ viele Pykniker, viele B-Charaktere und viele hereditär Belastete auf.

25. Was für eine Prognose haben Patientinnen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Wochenbett oder Laktation eine endogene Depression durchmachen?

Literatur: keine näheren Angaben.

Eigene Untersuchungen: Von den ausgelösten Phasen (siehe Kapitel 12) haben wir die interessante Gruppe der mit Generationsvorgängen zusammenhängenden Attacken genauer untersucht. Sie fielen schon bei oberflächlicher Betrachtung durch große Ähnlichkeit im Verlauf auf. Von den 10 Fällen mit einer Depression während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt waren 9 wegen ihrer langen Beobachtungszeit von 24 bis 57 Jahren zum Studium der Richtungsprognose sehr geeignet.

Fall	Anzahl der G.-od.pp. Depressionen vorausgehenden Phasen ¹⁾	Alter bei Beginn der G.-od.pp. Depressionen	Intervall zwischen G.-od.pp. Depressionen und wieder eine Hospitalisierung erfordernde Phasen	Anzahl der eventuellen leichten Phasen in diesem Intervall	Alter bei 2. schwerer, eine Hospitalisierung veranlassender Phase	Anzahl der weiteren Phasen nach 2. Hospitalisierung () = Hospit. Phasen	Beobachtungszeit
1	—	30½ Jahre	10 Jahre ²⁾	—	—	—	10 Jahre
2	—	24½ „	7 „	—	32 Jahre	13 (9)	24 „
3	—	28 „	13 „	—	41 „	1 (1)	25 „
4	—	38 „	14 „	—	52 „	9 (9)	35 „
5	—	24 „	28 „	—	52 „	16 (4)	57 „
6	—	30 „	30 „	—	60 „	13 (12)	46 „
7	—	25 „	19 „	11	44½ „	4 (4)	35 „
8	—	27 „	32 „	3	59 „	9 (5)	41 „
9	1	25½ „ ³⁾	20 „	20	48 „	18 (9)	40 „
10	1	39 „	7 „	einige	46 „	mehr als 6 (6)	38 „

Bei keiner der Patientinnen hat eine folgende Schwangerschaft wieder eine Attacke ausgelöst. Die Schwangerschafts- oder postpartalen Depressionen dauerten 3–10 Monate. — Bei den 8 Patientinnen, bei welchen die Schwangerschafts- bzw. postpartale Depression die 1. manisch-depressive Phase darstellte, folgte auf diese mit einer Ausnahme (Fall 2 mit nur 7 Jahren Zwischenzeit) ein überdurchschnittlich langes Intervall von 10, 13, 14,

¹⁾ G.-od.pp. Depressionen = Graviditäts- oder postpartale Depressionen.

²⁾ noch nicht beendetes Intervall.

³⁾ diese Pat. machte mit 26½ und 28 Jahren noch je eine zur Hospitalisierung führende Phase durch, mit 28 Jahren begann dann das 20jährige „Intervall“ mit den 20 jährlichen, leichten Phasen.

18, 28, 29 und 30 Jahren. Eine Patientin (Fall 7) berichtete von 11 leichten, ambulanten Depressionen während dieses „Intervalls“, eine andere (Fall 8) von 3 nicht klinisch behandelten leichten Schüben innerhalb dieser Zwischenzeit. Nach diesem langen Intervall, teils medizinischer, teils sozialer Heilung, setzten bei allen im präklimakterischen, klimakterischen oder postklimakterischen Alter von 41–60 Jahren (Ausnahme Fall 2) erneut zur Hospitalisation führende, meist depressive, selten zirkuläre Phasen ein, und zwar folgte, mit einer einzigen Ausnahme, wo es bei einem 2. Schub blieb (Fall 3), eine lange, bis zum Tode, bzw. bis zum Ende der Beobachtungszeit, nicht mehr abbrechende Reihe von 4–16 Phasen, getrennt durch relativ kurze Intervalle von einigen Monaten bis maximal $4\frac{1}{2}$ Jahren.

Die 2 Patientinnen, welche vorgängig der Schwangerschaftsdepression schon eine Depression erlitten hatten, wobei diese bei der einen Patientin zeitlich mit der Menarche zusammenfiel, zeigen einen noch ungünstigeren Verlauf: bei ihnen begann nach nur kurzem Intervall von 1–3 Jahren eine bis zum Tode nicht mehr endende Serie von zuerst leichten, ambulant behandelten, ab 46. resp. 48. Lebensjahr wieder schwereren, Hospitalisierung erfordernden, in der Postklimax wieder leichteren, zu Hause verlebten manisch-depressiven Phasen.

Zusammenfassung: Fast allen Fällen mit einer endogen-depressiven Phase während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt ist gemeinsam die schlechte „Richtungsprognose“ oder Prognose auf lange Sicht: Nach einem bei den meisten Fällen langen, ganz freien oder nur von leichten, ambulanten Phasen durchsetzten Intervall beginnt im kritischen präklimakterischen, klimakterischen oder frühen postklimakterischen Alter eine bis zum Tode meist nicht mehr endende Serie schwerer, teils klinisch behandelter manisch-depressiver Attacken.

26. Wie steht es beim Manisch-depressiven Irresein mit der Prognose quoad vitam?

Literatur: In einer Arbeit von *Huston* und *Locher* finden sich Angaben über die Häufigkeit von Suizidfällen beim Manisch-depressiven Irresein. Sie vergleichen eine Gruppe unbehandelter mit einer Gruppe elektrochockbehandelter Patienten: Von den Unbehandelten endeten 6–7% durch Suizid, von den behandelten nur 1%. *Bleuler* und *Lange* zählen einige mit der Grundkrankheit zusammenhängende Todesursachen auf: Selbstmord und Inanition mit nachfolgender tödlicher Infektion bei Depressiven, Sepsis nach Selbstverletzungen bei unachtsamen Manischen. – Seit der Sulfonamid- und Antibiotika-Therapie der Infektionskrankheiten dürften die beiden letzteren Ursachen nicht mehr ins Gewicht fallen

Eigene Untersuchungen: Von den 146 Patienten (73 Männer und 73 Frauen), die zwischen 1920 und 1947 ein oder mehrere Male in unserer Klinik hospitalisiert waren, starben während oder nach ihrem Klinik-

aufenthalt bis zum Ende der Beobachtungszeit 50 Patienten, und zwar 24 Männer und 26 Frauen. Zu Hause, im Altersheim oder in einem anderen Spital starben 28, in der psychiatrischen Klinik 20 und an unbekanntem Orte 2. 39 von 50 befanden sich zur Zeit ihres Ablebens in einem manisch-depressiven Schub, 9 in einem psychisch gesunden Intervall, von zweien haben wir keine diesbezüglichen Angaben.

Das Sterbealter ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

Zwischen 20. und 30. Lebensjahr starben	1	} 12%
„ 30. „ 40. „ „ „	5	
„ 40. „ 50. „ „ „	0	
„ 50. „ 60. „ „ „	11	} 88%
„ 60. „ 70. „ „ „	21	
„ 70. „ 80. „ „ „	12	

Als Todesursachen wurden vermerkt:

Suizid	in 13 Fällen	— 26%
Senil-arterioskler. Gehirnveränderungen und ihre Folgen	10 „	= 20%
Kardiale Insuffizienz (teils mit Pneumonie) „	8 „	= 16%
Tuberkulose	3 „	
Karzinom	3 „	(alles Zirkuläre!)
Pneumonie	2 „	
Lungenembolie	1 Fall	
Uraemie	1 „	
Schenkelhalsfraktur mit Pneumonie	1 „	
Ileus	1 „	
Kachexie bei Schizophrenie	1 „	
Unbekannte, fieberhafte Krankheit	1 „	
Unbekannte Todesursache	5 Fällen	

Gewiß hängt, wenn unter psychosomatischem Gesichtswinkel betrachtet, jede dieser zum Tode führenden Krankheiten von ferne mit der Psychose des Patienten zusammen. Besonders die Depression reduziert den Lebenswillen und die körperliche Widerstandsfähigkeit erheblich und ist so mitverantwortlich für den tödlichen Ausgang einer sonst banalen Erkrankung. Am augenfälligsten aber ist der Zusammenhang zwischen Depression und Suizid. Die 13 Suizide machen mehr als $\frac{1}{4}$ aller Todesfälle aus. Auf die Gesamtzahl der Patienten umgerechnet, nehmen sich 8,8% oder 8–9 von 100 Manisch-Depressiven das Leben.

9 oder etwa $\frac{3}{4}$ aller Suizide wurden im Alter zwischen 50 und 73 Jahren begangen, 4 oder etwa $\frac{1}{4}$ aller Suizide wurden im Alter zwischen 20 und 40 Jahren begangen, 2 Patienten gelang das Suizid in der psychiatrischen Klinik, 7 Patienten nahmen sich das Leben innerhalb von 3 Monaten nach Austritt aus der Klinik und 4 Patienten innerhalb von 1–7 Jahren nach ihrem Klinikaufenthalt.

Zusammenfassung:

1. Der größte Teil unserer Manisch-Depressiven, nämlich 88%, starb im Alter von mehr als 50 Jahren.
2. Bei den Todesursachen steht das Suizid mit mehr als $\frac{1}{4}$ aller Todesfälle an erster Stelle. – Es folgen organische Gehirnveränderungen mit 20%, kardiale Insuffizienz mit 16%, 10 verschiedene andere Todesursachen mit total 38%.
3. 8–9 von 100 Manisch-Depressiven endigen durch Suizid. Es sind vor allem ältere, über 50jährige Patienten, die sich das Leben nehmen. – Auch hinsichtlich der Suizidgefahr ist demnach das Alter nach Fünfzig prognostisch besonders ungünstig.
4. Die kritische Zeit, in welcher mehr als die Hälfte aller Suizide erfolgt, sind die ersten 3 Monate nach Entlassung aus der Klinik, was häufige ambulante Kontrollen des Patienten durch den Arzt während dieser Zeit ratsam erscheinen läßt.

27. Inwiefern wird die Prognose des Manisch-depressiven Irreseins durch die Therapie verbessert?

Literatur: Bis zur Einführung des Elektroschocks in die Therapie des Manisch-depressiven Irreseins beschränkte sich die Behandlung auf Isolierung, Überwachung, Bettruhe, Arbeits- und dosierte Psychotherapie und Anwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, bei Manien in Form der von *Klaesi* eingeführten Dauerschlafkur (*Stransky, Bleuler, Lange, Müller, Mauz*). Vereinzelt wurde in den letzten 20 Jahren auch über Versuche mit Photodyn, Atropin, Azetylcholin-Ephedrin und andere Medikamente berichtet, wobei der Erfolg mit Photodyn bei reinen endogenen Depressionen als gut (*Müller*), derjenige des Atropins bei Manien wenigstens als „verlaufsmildernd“ bezeichnet wird (*Müller*). Azetylcholin-Ephedrin hatte bei einer von *Tomasson* durchgeführten Serienbehandlung Manischer zuerst erfreuliche, schubverkürzende Wirkung, während die Resultate bei späteren, unter schlechteren pflegerischen und ärztlichen Bedingungen (Krieg!) durchgeführten Reihenbehandlungen wesentlich schlechter waren. – Die in unserer Klinik mit Azetylcholin-Ephedrin durchgeführten Kuren führten zu keinem überzeugenden Erfolg.

J. E. Stachelin rät vom Gebrauch der Weckamine bei ängstlichen Melancholien und besonders bei agitierten, mit Angst verbundenen Involutionsdepressionen dringend ab, da erfahrungsgemäß die depressive Stimmung durch diese via Zwischenhirn wirksamen Medikamente nicht verbessert, die innere Unruhe und Angst aber deutlich verstärkt wird. Indiziert seien Weckamine höchstens zur Erleichterung von depressiv-apathischen Hemmungszuständen.

In einer anderen Arbeit weist *Stachelin* auf die durch Hebung des körperlichen Zustandes günstige Wirkung einer leichten Insulinkur auf die Psyche des endogen Depressiven hin. Zudem werde ein Teil der qualvollen Tage in der Hypoglykämie angstlos und gleichgültig verbracht, womit es möglich sei, dem Patienten seine Krankheit zu erleichtern, wenn auch nicht zu verkürzen.

Bleuler empfiehlt die Behandlung der an einer leichten endogenen Depression oft mitbeteiligten körperlichen Symptome, wie latente Herzinsuffizienz, Anämien, Avitaminosen, vegetative Dystonie, Hormonmangel, Hypertonie und Arteriosklerose.

Von sämtlichen Autoren wird betont, daß alle diese therapeutischen Maßnahmen die Heftigkeit einer manisch-depressiven Phase abschwächen und eventuell auch die Dauer einer Phase abkürzen können, daß sie aber nicht imstande sind, das Auftreten späterer manisch-depressiver Attacken zu verhindern.

Auch die 1937 von *Cerletti* und *Bini* angegebene, zuerst bei Schizophrenen, später auch bei Manisch-Depressiven geübte Elektroschockbehandlung ist insofern keine kausale Therapie, als auch sie die dem Manisch-depressiven Irresein zugrunde liegende, ihrem Wesen nach noch nicht bekannte Störung nicht auf die Dauer zu beheben vermag. Der spontane periodische Verlauf geht auch bei Elektrotherapie unverändert weiter. In den letzten Jahren sind nun aber viele Arbeiten erschienen, die, wenn auch nicht über eine Verbesserung der Richtungsprognose, so doch der Streckenprognose durch die Elektroschockbehandlung berichten: Nach *Müller* haben die rein endogenen Depressionen und Involutionmelancholien die beste therapeutische Prognose. Er verzeichnet 90% Vollremissionen bei Krankheiten, die nicht länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauern, 68,7% bei länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauernden endogenen Depressionen und 35% bei länger als $\frac{1}{2}$ Jahr dauernden Involutionmelancholien. Außer durch längere Erkrankungszeit werde die Prognose auch durch schwere, gleichsinnige erbliche Belastung und durch Hinzukommen heterogener Momente, wie Schwachsinn, exogene Konflikte, beginnendes Senium, Arteriosklerose und besonders schizoiden Grundcharakter getrübt. Schlecht reagieren auch die zirkulären Fälle und die Manien.

Optimistisch stimmen die Berichte einiger Engländer und Amerikaner: *Kitching* schreibt über gleich gute Erfolge der Elektroschockbehandlung bei Manien wie bei Depressionen. *Oltman* und *Friedman* stellten seit Einführung der Schockbehandlung eine ausgesprochene Reduktion des Klinikaufenthaltes für Manisch-Depressive fest. *Henderson* und *Noyes* betonten beide in ihren Lehrbüchern die starke Verbesserung der Prognose des Manisch-depressiven Irreseins seit Einführung der Elektrotherapie. *Noyes* berichtet von 90% geheilten Depressionen und – bei täglich zweimaliger Schockbehandlung – fast ebenso vielen geheilten Manien.

Huston und *Locher* fanden bei einer mit Elektroschock behandelten Gruppe nach einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 3 Jahren: 88% Heilungen, 1% Suizid, 10% weiterbestehende Depressionen; bei einer unbehandelten Kontrollgruppe mit einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 7 Jahren: 79% Spontanheilungen, 6–7% Suizide, 7–9% weiterbestehende Depressionen: Durch die Behandlung wurde also die Zahl der Selbstmorde reduziert, der Prozentsatz der Heilungen mit Therapie und ohne Therapie hingegen blieb ungefähr gleich.

Keinen großen Einfluß der neuen Behandlungsmethoden auf die Streckenprognose des Manisch-depressiven Irreseins konnten *Israel* und *Johnson* feststellen: Während sie für die Schizophrenie, die Neurolues, die Involutionenpsychosen und die Epilepsie ein sehr erhebliches Ansteigen der Klinikentlassungen in den Jahren 1940, 1941, 1942 im Vergleich zu den Jahren 1930, 1931, 1932 konstatierten, ließ sich für die manisch-depressive Psychose kein nennenswerter Unterschied nachweisen.

Eigene Untersuchungen: Von den total 767 depressiven und 357 manischen Phasen, die unsere Patienten innert 27 Jahren durchmachten, wurde, entsprechend der verhältnismäßig kurzen Anwendung der aktiven Therapieverfahren, nur ein kleiner Teil aktiv behandelt. Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsversuche und ihre Erfolge.

Art und Anzahl der Phasen	Art der Behandlung	Resultat bei Abschluß der Behandlung			
		geheilt	gebessert	ungebessert	ohne Angaben
Depr. 43	Elektroschock . .	16 = 37,2%	20 = 46,7%	7 = 16,2%	—
50	Insulinkur . . .	14 = 28%	5 = 10%	25 = 50%	6 = 12%
27	Opiumtropfenkur	8 = 30% ca.	3 = 10%	16 = 60% ca.	—
9	Photodyn	3	—	4	2
6	männl. Sexualhormon	2	—	3	1
3	Tränendrüsenextrakt	1	1	1	—
2	Decholin i. v. . .	1	—	1	—
10	Fastenkur von 1–2 Wochen (beim selben Pat.) . .	—	10	—	—
je 1	Acetylcholin-Ephedrin C-Phosiv., Brom-Pantopon-Bellergal, Aschner Therapie, Durchblutungstransfusion	mit vorwiegend negativem Resultat			
Manien 13	Schlafkur	8	1	2	2
11	Insulin	8	1	2	—
6	Acetylcholin-Ephedrin	4	1	1	—
3	Elektroschock . .	2	—	1	—
1	Atropin	1	—	—	—

Über die relativ wenige Fälle umfassenden Behandlungen mit Medikamenten, wie Photodyn, Hormone usw. kann nichts Bindendes gesagt werden. Von den drei am meisten geübten Methoden, der Elektroschock-, Insulin- und Opiumbehandlung, zeigt erstere die besten Resultate:

Unter Elektroschock wurden von den depressiven Phasen

etwa 37% geheilt,
etwa 47% gebessert,
etwa 16% blieben unverändert.

Unter Insulinkur oder Opiumtropfenbehandlung wurden von den depressiven Phasen je

etwa 28–30% geheilt,
etwa 10% gebessert,
50–60% blieben unverändert.

Von der kleinen Anzahl der Manien wurden durch die verschiedenen Methoden $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ geheilt und gebessert.

Die Elektrotherapie wurde gewöhnlich zweimal pro Woche bis höchstens zwölfmal im ganzen durchgeführt und teilweise mit leichter Insulinierung kombiniert. – Alle erwähnten Behandlungsmethoden beanspruchten eine Dauer von 4–8 Wochen.

Es stellte sich nun die Frage, a) warum nur ein Teil der Depressionen auf die Schockbehandlung ansprach, ob, wie hie und da behauptet, der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns dabei eine Rolle spiele, und b) ob bei den gut reagierenden Fällen die Besserung und Heilung tatsächlich rascher vonstatten gehe als bei spontanem Verlauf. – Die Untersuchungsergebnisse sind als vorläufig zu betrachten, da die Zahl der Behandlungen für gesicherte Resultate zu klein ist.

ad a) Zuerst stellten wir bei allen behandelten Phasen den Zeitpunkt des Einsetzens der Schockbehandlung fest und verglichen in bezug auf diesen Punkt ungebesserte, gebesserte und geheilte Depressionen. Dabei zeigte sich, daß bei den Geheilten die Behandlung frühestens 3, und spätestens 14 Monate nach Krankheitsbeginn einsetzte. Bei den Ungebesserten und den Gebesserten begann man die Therapie frühestens 3 Wochen bis 2 Monate, und spätestens 12 Jahre nach Krankheitsbeginn. Bei zu frühem Beginn der Behandlung, d.h. vor Ablauf von 3 Krankheitsmonaten, wurde überhaupt keine Besserung beobachtet, oder es kam lediglich zu einer Aufhellung der Depression¹⁾, die dann erst später, nach 3–6 Monaten spontan heilte. Sehr später Behandlungsbeginn, nach über 2 Jahren, führte bei 9 Fällen mit einer Ausnahme zu keinem Erfolg oder nur zu einer Besserung.

Außer vom rechten Zeitpunkt des Behandlungsbeginns scheint der Erfolg der Schocktherapie auch vom Vorhandensein oder Fehlen zusätzlicher Komplikationen mitbestimmt: Bei den auf Elektrotherapie gar nicht oder nur mit Besserung reagierenden Phasen, fanden sich in rund

¹⁾ Anmerkung: Eine Depression, die unmittelbar nach ihrem Beginn behandelt wurde, heilte nach wenigen Schocks (ausnahmsweise mit Cardiazol) vollständig ab, rezidierte aber nach kaum 14 Tagen und dauerte nachher die üblichen $3\frac{1}{2}$ Monate an, wie die meisten nicht behandelten Depressionen bei diesem Patienten.

28 % schizophrene, erhebliche neurotische oder organische Züge im Krankheitsbild, während unter den geheilten Phasen diese Komplikationen nicht vorkamen.

ad b) Um eine eventuelle Phasenverkürzung durch Elektroschock festzustellen, haben wir nicht wie üblich eine Gruppe Behandler mit einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen, sondern die behandelten und unbehandelten Schübe beim selben Patienten einander gegenübergestellt. Von den 46 (43 Depressionen und 3 Manien) behandelten Fällen waren 35 für diesen Vergleich geeignet. 11 mußten, weil es sich um einen ersten, noch nicht von späteren Phasen gefolgten Schub handelte, ausgeschlossen werden.

Von den 35 elektroschockbehandelten Phasen waren

25 länger als die vorausgehenden, unbehandelten Phasen

9 kürzer als die vorausgehenden, unbehandelten Phasen

1 gleich lang wie die vorausgehenden, unbehandelten Phasen.

Es wurde in Kapitel 15 berichtet, daß das Längerwerden späterer Phasen hauptsächlich diejenigen betreffe, welche ins Alter nach 50 fallen, vor dem 50. Lebensjahr sei Längerwerden der 2. und folgenden Schübe gegenüber den vorangehenden nur wenig häufiger als Kürzerwerden. Eine genaue Untersuchung der 35 behandelten Phasen zeigt, daß die 2. und folgenden behandelten Phasen nach dem 50. Lebensjahr im gleichen Verhältnis zunehmen, wie die Gesamtheit aller 2. und folgenden Phasen nach 50, daß die behandelten 2. und folgenden Schübe vor dem 50. Lebensjahr aber wesentlich häufiger zunehmen als die Gesamtheit aller 2. und folgenden Schübe vor Fünfzig. Eine Phasenverkürzung durch Schockbehandlung läßt sich anhand unseres Materials also nicht feststellen; nicht wegen, aber trotz der Behandlung nahmen behandelte Phasen vor dem 50. Lebensjahr häufiger an Dauer gegenüber vorangehenden zu, als dies bei der Gesamtheit der Phasen vor Fünfzig der Fall ist.

Zusammenfassung der vorläufigen Resultate:

1. Insulin und Opium haben bei den endogenen Depressionen etwa gleichen therapeutischen Erfolg: nach 4–8wöchiger Behandlung waren etwa 30 % der Patienten geheilt, 10 % gebessert und 50–60 % unverändert.

Nach einer Elektroschockbehandlung von gleich langer Dauer waren etwa 37 % der Depressionen geheilt, etwa 47 % gebessert und 16 % unverändert: Die Schocktherapie heilt also bei gleich langer Behandlungsdauer nicht sehr viel mehr Fälle, bewirkt aber wesentlich häufiger eine Besserung als Insulin und Opium.

2. Die Schockbehandlung hat nur dann unmittelbare Heilung zur Folge, wenn sie im rechten Moment, d.h. nicht vor Ablauf des 3. Krankheitsmonates einsetzt. Zu frühe Behandlung läßt den Zustand unverändert oder bessert ihn nur.
3. Sehr lange dauernde endogen-depressive Phasen mit neurotischer, schizophrener oder organischer Komponente werden durch Elektroschockbehandlung höchstens gebessert.
4. Eine reale Phasenverkürzung durch die Elektroschockbehandlung konnten wir nicht feststellen.

28. Anhang:

A. Mischzustände. Die als Übergänge von einer Phase zur andern oder als selbständige Phasen oft beschriebenen manisch-depressiven Mischzustände (*Stransky, Lange, Bleuler*) fanden sich in unserem Material selten. Nur bei 5 von 146 Patienten, alles Zirkulären, kombinierten sich in einzelnen ihrer Phasen oder in kurzen Übergangszeiten von einer Manie zu einer Depression depressive und manische Symptome und schufen Bilder einer geschwätzigen Depression oder nörglerischen Manie. Alle 5 Patienten mit Mischzuständen zeigten einen ungünstigen Krankheitsverlauf: entweder litten sie an sehr vielen Schüben mit kurzen Intervallen oder wurden chronisch zirkulär. Über die Mischung von manisch-depressiven mit schizophrenen Symptomen wurde in Kapitel 4 und 23 berichtet.

B. Zum Problem des Alternierens einer manisch-depressiven Phase mit einer körperlichen Krankheit, das u.a. von *Lange* erwähnt wird, führen wir kurz 3 Beispiele an.

Patient K. leidet seit dem 53. Lebensjahr während der Sommermonate regelmäßig an einer nicht sehr heftigen, selten eine Hospitalisation erfordernden Depression und im Winter, bei leicht hypomanischer Stimmungslage, die noch nicht als manische Phase betrachtet werden kann, an mehr oder weniger heftigen rheumatisch-arthritischen Beschwerden. Diese verschwinden jeweils prompt und vollständig, sobald im Frühsommer die Depression wieder einsetzt.

Einen ähnlichen Wechsel von Depression im Sommer-Herbst und Muskel- und Gelenkrheumatismus mit gleichzeitiger leichter Hypomanie im Winter-Frühling (ab 45. Lebensjahr) gab Patient H. an.

Patientin S. erkrankte nach dem 49. Lebensjahr viermal an einer mehrmonatigen endogenen Depression. Zwischen den Depressionen wurde sie regelmäßig von starken Gesichtsneuralgien geplagt.

Überblick

Die wichtigsten Einzelergebnisse unserer Untersuchungen lassen sich in ein paar Sätzen resümieren:

Von den verschiedenen Verlaufsformen der Manisch-depressiven Psychose hat die zirkuläre Form die ungünstigste Prognose: Ihre Phasen sind durchschnittlich die längsten und schwersten, ihre Intervalle durchschnittlich die kürzesten. Häufiger als bei anderen Verlaufsarten beginnt die Krankheit in sehr frühem Lebensalter vor dem 20. Jahr, häufiger entwickeln sich bei ihr schizophrene Symptome oder eine echte Schizophrenie, und häufiger endet sie mit einem chronischen Zustand.

Von den verschiedenen Lebenszeiten ist beim Manisch-depressiven Irresein das Alter nach Fünfundzwanzig prognostisch am ungünstigsten: Häufiger als in jüngeren Jahren sind nach dem 50. Lebensjahr sehr lange und eine Hospitalisation erfordernde Attacken, kurze Zwischenzeiten, Entwicklung eines chronischen Stadiums und, bei Depressiven, ein Suizid zu erwarten.

Unabhängig von Alter und von Verlaufsform verschlechtert sich zudem die Prognose in der einen oder anderen Hinsicht, wenn der Patient mit einer manisch-depressiven oder schizophrenen Heredität, einer zusätzlichen Neurose, Oligophrenie oder organischen Gehirnaffektion belastet ist und sein präpsychotischer Charakter dem B-Typus entspricht.

Im ganzen gesehen, ist die Prognose des Manisch-depressiven Irreseins gar nicht so gut, wie gemeinhin angenommen wird: Monatelange Krankheitsphasen und häufige Rezidive sind das Übliche. Nicht weniger als jeder vierte Manisch-depressive wird schließlich zum sozialen oder medizinischen Dauerinvaliden. Da auch die neueren Therapieverfahren bisher nur die Prognose der einzelnen Attacke zu verbessern vermochten, bleibt der Erforschung und Entwicklung noch besserer Behandlungsmethoden ein weites, dankbares Arbeitsfeld.

Literaturverzeichnis.

- Anderson, E.W.*: Prognosis of the depressions in later life. *Journal of mental science*, Vol. LXXXII, 1936.
- Bach*: Beitrag zur Symptomatologie der manisch-depressiven Erkrankung bei jugendlichen Patienten; *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1942, Bd. 120.
- Bleuler, Eugen*: Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Auflage (umgearbeitet von Manfred Bleuler), Springer-Verlag 1943.
- Bondarew, W.*: Zur Frage der Beziehungen zwischen den hereditären Epilepsieformen und der manisch-depressiven Psychose (*Nevropat. it.* 4 No. 9/10, 1935); *Zit. Zentralblatt*.
- Duncan, Gleen*: Mental deficiency and manic-depressive insanity; *Journal of mental science*, Vol. LXXXII, 1936.
- Henderson, D.*: *A Text Book of Psychiatry*, Oxford University Press, 1951.

- Huston, P.E. and Locher, L.M.*: Manic-depressive psychosis, course when treated and untreated with electrical shock. Archives of Neurology and Psychiatry, Chicago 1948, 60/1, 137-138, (aus Excerpta Medica Okt. 1949)
- Israel, R.H. and Johnson, N. A.*: New facts on prognosis in mental disease; American Journal of Psychiatry 104, 1947.
- Kitching*: Prognosis of mental disorder; British Medical Journal 4538 (1947), Zit. aus Zentralblatt.
- Kretschmer, E.*: Körperbau und Charakter. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1929.
- Lange, J.*: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution in Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. VI, 1928.
- Lewis, A.*: Melancholia, prognostic study and case material; Journal of mental science, Vol. VXXXII, 1936.
- Lundquist, Gunnar*: Prognosis and course in manic-depressive Psychosis; acta psychiatrica et neurologica. Supplement XXX 5, 1945.
- Lucenburger, H.*: Psychiatrische Erblehre, München 1938.
- Müller, Max*: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten; Thieme Verlag Leipzig 1936 und 1949.
- Mauz, F.*: Die Prognostik der endogenen Psychosen, 1930.
- Noyes, A.P.*: Modern clinical psychiatry, 3rd ed. Saunders Co., 1951.
- Oltman, J.A. and Friedmans, S.*: Analysis of temporal factors in manic-depressive psychosis with particular reference to the effect shock therapy. American Journal of Psychiatry 1950 (107/1).
- Paskind, H.A.*: Manic-depressive Psychosis, the relation of hereditary factor to the clinical course; Archives of Neurology and Psychiatry 25, 1931.
- Pollock, H.M.*: Recurrence of attack in manic-depressive psychosis; American Journal of Psychiatry 11, 1931.
- Poort, Ruth*: Catamnestic investigations on manic-depressive psychosis with special references to the prognosis; Acta psychiatrica et neurologica, Vol. 20, 1945.
- Rennie, Th.*: Prognosis in manic-depressive psychosis; American Journal of Psychiatry 98/1942.
- Slater, E.*: Zur Periodik des manisch-depressiven Irreseins; Zeitschrift für die ges. Neurol. und Psych., Bd. 162, Heft 5, 1938.
- Slater, E.*: The inheritance of manic-depressive insanity and its relation to mental defect; Journal of mental science, Vol. LXXXII, 1936.
- Staehelin, J.E.*: Die Bedeutung der sogenannten Weck-Amine für die Neurologie und Psychiatrie; Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 71. Jahrgang 1941, Nr. 42.
- Staehelin, J.E.*: Insulin bei nicht schizophhren psychischen Störungen; Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 68. Jahrgang 1938, Nr. 42.
- Stransky, E.*: Das Manisch-depressive Irresein; Handbuch der Psychiatrie von G. Aschaffenburg, 1911.
- Tomasson, H.*: Investigations on manic-depressive psychosis; acta psychiatrica supp., Bd. 47, 1947.
- Wyrsch, Jakob*: Die Bedeutung exogener Faktoren für die Entstehung des manisch-depressiven Irreseins und der genuinen Epilepsie; Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie, Bd. XLIII, 1939.

Herrn Prof. Dr. J.E. Staehelin, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik „Friedmatt“, in Basel, bin ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Untersuchungsmaterials herzlich dankbar.

Dank schulde ich auch Herrn Dr. S. Fasler, vom Statistischen Amt in Basel, für einige wertvolle Ratschläge betreffend die statistische Auswertung.

